FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° 114

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SABINE REKIS

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
Née à Voznessensk (Russie), le 29 Janvier 1895

La Valeur de la Réaction Sérologique DE LA SYPHILIS au cours de la Gestation et de la Puerpéralité

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE
(Service de M. le Professeur COUVELAIRE)

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

R. 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SABINE REKIS

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris
Née à Voznessensk (Russie), le 29 Janvier 1895

La Valeur de la Réaction Sérologique DE LA SYPHILIS au cours de la Gestation et de la Puerpéralité

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE
(Service de M. le Professeur COUVELAIRE)

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1930

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGES EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
LÉVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgic.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOURE	Pathologie chirurgic.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
	FREY	Stomatologie.
	CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
	LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
	WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A LA CHÈRE ET VÉNÉRÉE

MÉMOIRE DE MON MAITRE

LE PROFESSEUR WIDAL

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale a
la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Clinique Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de mon entière et profonde reconnaissance, de mon respectueux attachement, de mon dévouement sincère.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Externat bénévole

M. le Professeur MÉNÉTRIER.
M. le Professeur agrégé LENORMANT.

Externat

M. le Professeur COUVELAIRE.
M. le Docteur RIST.
M. le Docteur LERMOYEZ (*in memoriam*).
M. le Docteur KUSS.
M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).

M. le Professeur JEANNIN

Qui a bien voulu nous accueillir dans son service et que nous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre gratitude.

M. le Docteur Louis RAMOND

Qui nous a témoigné tant de bienveillance, qu'il veuille bien accepter toute notre reconnaissance

AUX DOCTEURS

R. MOREAU, P. MOULONGUET, R. WEILL-SPIRE

Introduction. - Généralités

Depuis longtemps déjà les accoucheurs et les syphiligraphes avaient été frappés par l'influence néfaste de la syphilis sur le développement du fœtus. Aussi s'efforçaient-ils de lutter, par tous les moyens possibles, contre cette redoutable infection. Mais pour instituer un traitement approprié, seule prophylaxie de l'hérédo-syphilis, comme le disait déjà Fournier, il faut d'abord pouvoir rattacher les accidents à leur véritable cause, établir un diagnostic exact de syphilis, première étape du traitement.

La découverte et la mise en pratique de la réaction de Bordet-Wassermann, en 1911, semblaient devoir apporter un moyen de diagnostic infaillible. Mais l'expérience a montré que, si l'on se trouve là en présence d'une méthode de premier ordre pour affirmer un diagnostic clinique hésitant, pour dépister parfois des syphilis occultes, pour suivre l'évolution d'une syphilis et diriger le traitement, elle présente cependant quelques imperfections.

— C'est ainsi qu'à la période primaire on ne peut toujours se fier à la sérologie pour le diagnostic de chancre car elle est négative les premiers jours.

— Dans la syphilis secondaire la réaction sérologique peut rester négative chez les arsénorésistants, chez les arsénorécidivants et dans les syphilis malignes.

— Dans la syphilis tertiaire le nombre de réactions positives varie de 23,7 p. 100 et 100 p. 100 des cas, selon la diversité de nature des accidents, l'âge de la syphilis, etc...

— Dans les syphilis nerveuses et méningées la séro-réaction peut se montrer négative dans le sang alors qu'elle est positive dans le liquide céphalo-rachidien.

— Au cours des syphilis traitées on peut constater des réactions sérologiques irréductibles chez des malades dont la syphilis est cliniquement guérie ; par contre elles peuvent être rapidement négativées alors qu'il ne peut s'agir de guérison.

La réaction sérologique de la syphilis a donc ses imperfections et ses paradoxes (Gougerot).

Or, un très grand nombre d'auteurs affirment que l'état de gestation par lui-même a une influence sur la séro-réaction et rend ses imperfections tellement graves qu'on ne peut compter sur ce procédé lors de la gestation. Aussi nous proposons-nous dans ce travail, d'étudier à l'aide des travaux de différents auteurs, d'observations recueillies dans le service de M. le Professeur Couvelaire, prises aussi dans la littérature, les résultats que donne la sérologie dans la pratique obstétricale.

Nous exposerons d'abord de façon très brève, les principales idées émises sur ce sujet.

Puis, DANS UNE PREMIÈRE PARTIE, qui comprendra trois chapitres, nous étudierons la réaction sérologique dans les cas de syphilis acquise ou héréditaire.

I^er^ chapitre. — Nous diviserons ce chapitre en trois sections :

A) Dans une première section les cas de femmes présentant des signes de syphilis récente et floride :

a) primaire.
b) secondaire.

B) Dans une deuxième, les cas de femmes syphilitiques héréditaires.

C) Dans une troisième, les cas de syphilis anciennes.

Nous subdiviserons cette dernière section en deux sous-sections.

1°) Celle des syphilis anciennes connues par l'existence d'accidents tertiaires, quaternaires ou de « parasyphilis ».

2°) Celle des syphilis anciennes latentes où la syphilis cliniquement silencieuse n'est soupçonnée qu'à l'occasion d'incidents obstétricaux :

a) de lésions ovulaires :

hydramnios,
gros placenta.

b) de lésions fœtales :

mort du fœtus « in utero »,
gros enfant,
lésions syphilitiques du nouveau-né.
malformations fœtales
polyléthalité infantile.

c) de complications de la gestation :

albuminurie,
avortement,
accouchement prématuré,
gémellité uniovulaire.

Dans un *II^e chapitre*, nous étudierons les réactions sérologiques solitaires.

Dans un *III^e chapitre*, les variations que peut présenter la séro-réaction lors de la gestation, de l'accouchement, des suites de couches et les résultats différents obtenus chez l'un et l'autre procréateur.

Enfin, DANS UNE DEUXIÈME PARTIE, nous étudierons la fréquence et la pathogénie des imperfections de la séro-réaction au cours de la gestation.

Historique

1°) Principales opinions émises au sujet de la valeur de la réaction sérologique de la syphilis au cours de la gestation même.

— C'est en octobre 1907 que pour la première fois M. Levaditi entretient la Société de l'Internat de l'utilité que pourrait avoir la séro-réaction, pour le diagnostic de la syphilis en obstétrique.

— En février de la même année, Hans Bab dans un travail sur la bactériologie et la biologie de la syphilis congénitale, parle de l'aide puissante que la séro-réaction apportera pour le diagnostic de la syphilis chez la mère et chez l'enfant.

— En octobre 1908, le Professeur Bar expose à la Société obstétricale de France les résultats alors acquis sur le sérodiagnostic de la syphilis chez les femmes enceintes.

— Au mois de janvier de la même année, Masham publie deux observations de femmes qui, ne présentant aucun signe de syphilis floride et chez lesquelles le sérum donna un résultat positif, accouchèrent : l'une d'un enfant mort et macéré, l'autre d'un enfant porteur de lésions syphilitiques virulentes.

— Vers la même époque, une note est publiée par Knopfelmacher et Lehndorf où ils apportent les résultats d'examen de sang de quatorze mères ayant eu des enfants syphilitiques et qui, elles-mêmes, n'avaient jamais présenté d'accidents syphilitiques. Neuf de ces sérums ont donné un em-

pêchement partiel et trois sont restés normaux. Avec le sang de six femmes ayant eu des accidents syphilitiques, ils ont observé un empêchement total ou partiel de l'hémolyse.

— En janvier 1909, le Professeur Bar et M. Daunay publient les résultats obtenus par eux à l'examen de 82 femmes grosses atteintes de syphilis floride ou présentant des stigmates de syphilis récente, ou encore suspectes par leurs antécédents obstétricaux, et de celles, enfin, apparemment indemnes. Ils n'obtiennent que 41,66 % de résultats positifs dans les cas de syphilis floride et concluent qu'un résultat négatif chez une femme gravide n'autorise pas à la considérer comme saine, mais qu'un résultat positif, dans nos pays où l'on n'a guère à compter avec les trypanosomiases, permet d'affirmer la syphilis.

— En 1912, les auteurs renouvellent leurs recherches et obtiennent 53 % de résultats positifs chez les femmes atteintes de syphilis floride.

— Menten, en 1918, s'attache à l'étude des variations que peut présenter la réaction sérologique suivant l'état de gestation et lors de l'accouchement.

— En mai 1920, Whitridge Williams, dans un travail sur la valeur de la réaction sérologique en pratique obstétricale, expose les résultats qu'il a obtenus à l'examen de 4.547 cas.

Sur 4.000 femmes ayant accouché dans son service, dans 2,48 % des cas pour les femmes blanches et dans 16,29 % des cas pour les femmes noires, la réaction sérologique fut positive lors de la gestation.

L'auteur insiste particulièrement sur le fait que 65 femmes (blanches et noires en nombre égal) avec sérologie négative eurent 43 produits syphilitiques.

— La même année, le Professeur Nobécourt et M. Bonnet publient les résultats d'examen de 200 sérums de femmes grosses et accouchées, notoirement syphilitiques ou suspectes d'être atteintes d'infection tréponémique, avec 18,84 % de positivité.

Les réactions ont été aussi souvent positives chez les femmes gravides (18,5 %) que chez l'ensemble des femmes gravides et accouchées (18,84 %).

Tous les résultats positifs ont été d'accord avec les données cliniques d'une façon immédiatement évidente. Dans quelques cas seulement, la réaction sérologique a mis sur la trace d'une syphilis ignorée ou cachée volontairement.

Pour les résultats négatifs parfois, malgré la sérologie négative, la clinique a permis — vu les symptômes présentés par les enfants — de considérer la syphilis comme très vraisemblable, sinon certaine.

— En janvier 1921, M. Marcel Pinard rapporte à la Société Médicale des Hôpitaux le cas d'une femme gravide venue consulter pour une paralysie faciale, chez laquelle la séroréaction se montra négative à plusieurs reprises et qui accoucha d'un enfant avec lésions papuleuses et psoriasiformes, de l'onyxis et du perionyxis.

— En 1922, MM. Gaujoux et Foulquier, dans un travail sur la réaction sérologique en obstétrique, rapportent de nombreuses observations de femmes gravides ayant présenté des incidents obstétricaux relevant de la syphilis et dont la réaction sérologique est restée négative.

Ils insistent encore sur la possibilité de réactions improprement positives pendant la gestation.

— En 1923, Klaften et Kalman montrent plusieurs cas où la syphilis ne pouvait être douteuse et où la réaction sérologique est restée cependant négative.

— Vers la même époque (mars 1923) Moore, en étudiant l'influence de la gestation sur la syphilis, constate des anomalies de la réaction sérologique chez 32 femmes sur 200 (2 femmes présentaient un chancre, 32 des accidents secondaires, 165 étaient atteintes de syphilis latente révélée à propos de la gestation ou de l'accouchement). La sérologie est restée négative chez 2 femmes atteintes de syphilis secondaire, en outre chez 28 syphilitiques latentes ses résultats varièrent plusieurs fois au cours de la même gestation. Enfin,

dans 5 cas où la réaction sérologique fut négative lors de la gestation, elle devint positive dans les suites de couches.

— Le Professeur Pautrier, également, en mars 1923, dans un article du *Monde Médical*, sur « Syphilis et Gestation », cite des cas d'avortements répétés, d'origine syphilitique, avec réaction sérologique négative.

— MM. Lasseur et Vermelin publient aussi en 1923 les résultats d'examens sérologiques de 148 femmes gravides ou récemment accouchées, syphilitiques certaines ou suspectes par suite d'incidents obstétricaux, avec 63 résultats positifs et 85 négatifs.

Pour les résultats négatifs, s'ils ont été parfois en opposition avec la clinique, ils ne pourraient, selon les auteurs, servir d'argument contre la méthode.

La fixation de l'alexine serait un excellent moyen de contrôle. Sa positivité, même en l'absence d'arguments cliniques, doit entraîner l'action thérapeutique. Mais sa négativité, lorsqu'elle existe, malgré les données cliniques en faveur de la syphilis, ne saurait faire délaisser le traitement antisyphilitique.

— Encore en 1923, Hedinger publie trois cas de lésions fœtales où l'histologie plaidait grandement en faveur du diagnostic de syphilis et où la séro-réaction est restée négative, à plusieurs reprises, chez le père et la mère.

— De même, Urech relève des cas de syphilis manifeste des enfants, avec séro-réaction négative chez les parents.

— Noiré publie des cas analogues.

— En 1924, également le Professeur Gougerot, dans un article du *Journal des Praticiens*, montre les imperfections et les paradoxes de la séro-réaction au cours de la syphilis en général et notamment dans la syphilis avec ses rapports dans la procréation.

— En 1925, M. Lévy-Solal rapporte à la Conférence de la syphilis héréditaire, tenue à Paris, de nombreux cas de syphilis occulte chez les procréateurs, se traduisant unique-

ment par l'atteinte de l'œuf, avec réaction sérologique négative chez les parents.

— A cette même Conférence, MM. Le Lorier et Galliot, tout en reconnaissant les heureux résultats que leur a permis d'obtenir la réaction sérologique en décelant des syphilis cliniquement silencieuses, rapportent 28 cas, suivis par eux depuis trois ans, avec passé obstétrical chargé et séro-réactions constamment négatives, et où le traitement institué donna des succès inespérés.

— Encore à ce même Congrès, M. Schwaab rapporte l'observation d'une femme qui, à trois gestations successives, donna naissance à des mort-nés, présentant tous les trois des malformations identiques. La réaction sérologique resta constamment négative chez cette femme ainsi que chez le mari. Mais, après un traitement énergique, elle mit au monde, lors d'une quatrième gestation, un enfant vivant et bien constitué.

— MM. Dujol et Laurent, en décembre 1927, dans un article sur la « Prophylaxie de la syphilis héréditaire », apportent les résultats obtenus à l'examen de 2.762 femmes gravides avec 111 réponses positives, soit 4,1 %, et insistent sur la fréquence de la négativité sérologique chez les femmes certainement syphilisées.

— La même année, Mac Cord, dans un article sur la « valeur de la réaction de Wassermann pendant la gestation », donne les résultats de 500 examens sérologiques pratiqués aux différentes périodes de la gestation et desquels il résulte que la variabilité de ces résultats est assez fréquente au cours de la gestation et lors du travail.

— En 1927 également, MM. Vignes et Jean dans un travail sur « la réaction sérologique en pratique obstétricale », concluent que ses résultats chez les femmes gravides sont plus infidèles et doivent être plus suspects qu'en dehors de la gestation.

— En 1928, M. le Professeur Couvelaire, expose à la Conférence de Défense Sociale contre la syphilis de Nancy, les

résultats obtenus avec la séro-réaction à la Clinique Baudelocque en la pratiquant systématiquement chez toutes les femmes gravides, depuis l'année 1927.

Sur 2.000 femmes s'étant présentées à la Clinique Baudelocque et observées en série continue il n'obtient que 3 % de résultats positifs, la moitié de ce chiffre étant fourni par des femmes chez lesquelles aucun procédé de diagnostic clinique n'eût permis de soupçonner l'existence d'une infection tréponémique. Mais le nombre de diagnostics de syphilis que permettait ainsi de porter la séro-réaction restait bien inférieur à celui révélé par l'interrogatoire ou l'examen clinique et les constatations faites au niveau de l'œuf, à la suite desquels on institua le traitement chez 13 % de ces femmes.

L'auteur conclut que jusqu'à nouvel ordre on doit donner chez la femme gravide, la première place à l'examen clinique et à l'enquête familiale.

— Le Professeur Fruhinsholz à la même Conférence, apporte des conclusions analogues.

Le Professeur Laffont et M. Mèle, en 1928, dans un travail sur « La réaction de Bordet-Wassermann chez la femme enceinte », concluent que la valeur de la séro-réaction est abaissée chez les femmes dans les antécédents desquelles on relève l'expulsion de fœtus morts et macérés, et que chez les femmes ayant présenté des avortements spontanés un certain nombre n'est pas sous la dépendance de la syphilis.

En dehors de ces cas, la réaction sérologique conserverait chez la femme gravide la valeur qu'on lui reconnaît en dehors de la gestation.

— Enfin, la même année, M. Marcel Pinard, dans une conférence faite à l'Ecole de Sérologie, expose les résultats que donne la réaction sérologique lors de l'état de gestation. Il insiste sur la fréquence de la négativité. Les observations sur lesquelles il s'appuie sont en grande partie celles qui constituent la base de notre travail.

2°) Principales opinions émises au sujet de la valeur de la réaction sérologique lors du travail.

C'est principalement au cours de ces dernières années qu'on a étudié les résultats de la séro-réaction au moment de l'accouchement. Les uns l'ont étudiée avec le sang veineux, un plus grand nombre avec le sang rétroplacentaire.

Ajoutons immédiatement que la valeur de la séro-réaction faite avec le sang rétroplacentaire reste encore très discutée ; les plus grandes divergences d'opinions règnent parmi les auteurs ; pour certains, les résultats seraient inconstants, et, fait plus grave encore, on obtiendrait par ce procédé des réactions improprement positives.

Néanmoins, nous rappellerons les résultats obtenus au cours des différentes recherches faites à ce sujet.

— C'est Opitz qui, le premier, en 1908, pratiqua la séro-réaction avec du sang rétro-placentaire. Sur 104 examens, il obtient 8 réactions non spécifiques.

— Frankl, en 1909, trouve à l'examen de sang rétro-placentaire de 50 femmes, deux réactions positives et considère que le sang rétro-placentaire peut très bien convenir à la pratique sérologique.

— Depuis, les recherches se sont succédées, surtout à l'étranger. Il faut signaler, tout particulièrement, les résultats des examens pratiqués par Boas et Gammeltoft en 1926.

Ceux-ci ont porté sur 273 parturientes, avec pratique de la séro-réaction selon les procédés de Bordet-Wassermann type, de Kahn-Dreyer, de Meinecke, à la fois dans le sang rétroplacentaire et le sang veineux, à titre de comparaison. Ces examens permirent de constater que le sang rétroplacentaire donnait assez souvent des réactions improprement positives, aussi les auteurs condamnent-ils son emploi.

— Par contre, Klee est un partisan enthousiaste de cette méthode.

— Il en est de même de Pankow qui se déclare très satisfait des résultats obtenus par ce procédé.

— Il en est encore de même de Finkener et Neugarten, de Klaften et beaucoup d'autres auteurs.

— En France, l'emploi du sang rétroplacentaire pour la recherche de la séro-réaction n'est pas encore entré dans la pratique.

— Cependant Chappaz publie, en 1928, les résultats qu'il a obtenus à la clinique de Reims, en pratiquant depuis deux ans, la séro-réaction avec le sang rétroplacentaire et simultanément avec le sang veineux. Tous les résultats obtenus avec le sang rétroplacentaire ont concordé avec ceux fournis par le sang veineux et également avec ceux donnés par l'examen clinique.

Quant à la pratique de la réaction sérologique avec le sang veineux, lors du travail, nous avons déjà parlé des recherches faites par Menten, celles de Mac Cord. Nous verrons plus loin les résultats obtenus par Boas et Gammeltoft.

— En 1911, Heimann et Stern trouvent à l'examen de 80 sérums de femmes gravides, parturientes et accouchées, 19 réactions positives. Dans 17 cas le diagnostic de syphilis s'imposait ; ils considèrent donc la période du travail comme excellente pour pratiquer la réaction sérologique.

— Il en est de même de Georgi et Handorn (1923) qui ont obtenu 2 réactions positives sur un total de 78 examens et ces réactions ont continué à être positives dans les suites de couches. Par contre, le sang rétroplacentaire a donné des résultats non spécifiques.

Hinton (1923) n'observe aucune réaction non spécifique sur 10.427 examens sérologiques pratiqués lors du travail.

— Varo, aussi en 1923, est pleinement satisfait des résultats fournis par l'examen sérologique lors du travail, notamment il n'a pas observé de réactions non spécifiques.

— Fordyce et Rosen, en 1924, notent chez 40 femmes une sérologie positive lors de la période du travail ; dans les sui-

tes de couches elle devient négative chez toutes les femmes.

— Pour Matusowsky l'examen du sérum lors du travail donne trop de résultats négatifs et non pas de réactions non spécifiques.

— Martin en 1925, à l'examen de sang de femmes en travail ne constate pas de résultats non spécifiques.

3°) Principales opinions émises au sujet des résultats de la séro-réaction lors des suites de couches.

Un certain nombre d'auteurs ont publié les résultats qu'ils ont obtenus en pratiquant la réaction sérologique immédiatement après l'accouchement et en la répétant des semaines et même des mois après.

— Le Professeur Brindeau en 1923, à l'examen de sérum sanguin de 500 femmes accouchées prises au hasard obtient 90,4 pour 100 de résultats négatifs et conclut que la positivité de la réaction sérologique n'est pas très fréquente chez les femmes récemment accouchées.

— Boas et Gammeltoft, en 1925, à l'examen de sang veineux de 2.200 femmes en état de gestation, pendant l'accouchement et lors des suites de couches, obtiennent 148 résultats positifs, soit 6,7 %, et concluent que la réaction sérologique de la syphilis chez les femmes gravides, les parturientes et les accouchées, a la même valeur que celle pratiquée en dehors de l'état de puerpéralité.

Pour les auteurs américains, Whitridge Williams, Keidel et Moore, en particulier, les résultats que donne la séro-réaction lors des suites de couches pourraient être, dans certains cas, différents de ceux obtenus à la période de gestation ou du travail.

Klaften et Kalman, Muller soutiennent la même opinion.

4° Principales opinions émises sur l'existence possible de réactions improprement positives au cours de la gestation et de la puerpéralité.

Pour certains auteurs, l'état de gestation par lui-même serait capable de donner lieu à des réactions positives sans que la syphilis soit en cause.

— Bunzel, en 1908, trouve des résultats positifs chez 8 accouchées qu'on n'a aucune raison de suspecter de syphilis.

— Heymann, en 1911, obtient chez l'une de ses 6 accouchées fébriles une réaction positive alors qu'elle ne présente aucun signe clinique de syphilis, mais elle est en état de septicémie streptococcique.

— En 1922, Ech et Wieloch trouvent 8,23 % de réactions non spécifiques chez les femmes gravides, 6,87 % lors de l'accouchement et 6,63 % dans les suites de couches.

— Bathe, la même année, obtient lors de la gestation des résultats non spécifiques dans une proportion de 10 %.

— Sequeira constate une réaction non spécifique sur 700 sérums de femmes gravides.

— Gaujoux et Foulquier, aussi en 1922, rapportent plusieurs réactions improprement positives.

— Le Professeur Brindeau, en 1923, trouve à l'examen de 500 femmes accouchées 15 réactions non spécifiques.

— En 1924, pour Belding et Hunter, le sang veineux donnerait 25 à 30 % de résultats improprement positifs.

— Pour Willenbücher, les examens sérologiques pratiqués lors de l'accouchement donneraient un certain nombre de résultats non spécifiques dus à la variation du taux des albumines et en particulier des globulines.

— En 1927, Poeck a recherché dans le service de Zangemeister (Königsberg) l'existence de ces réactions non spécifiques. Il affirme qu'elles existent, mais il ne les a rencontrées qu'à partir du 5e mois de la gestation. A la fin du 5e mois, il a

obtenu des résultats non spécifiques dans une proportion de 2 %, au 6e 3, 4 %, au 7e 3,8 %, au 8e 6,0 %, au 9e 4,7 o/o, dans les suites de couches 6,2 %. C'est lors du travail qu'il a obtenu le chiffre le plus élevé : 13 sur 164 réactions, soit 11,5 %.

Avant de donner les résultats obtenus avec la séro-réaction chez les femmes de la Clinique Baudelocque, nous signalerons que tous les examens ont été pratiqués par le Docteur Pierre Girand, chef de laboratoire, et par Mlle Renard, assistante de laboratoire.

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de la méthode sensible de Hecht, au sérum frais, avec comme antigène : le foie d'hérédo-syphilitique ; comme complément : du sérum anti-mouton. Dans les cas où la réaction de Hecht fut positive, on pratiqua également une réaction de Bordet-Wassermann type.

PREMIÈRE PARTIE

Etude analytique

CHAPITRE I

A) Cas de femmes présentant des signes de syphilis récente

a) *Femmes présentant uniquement un chancre induré accompagné ou non d'adénopathie inguinale.*

11 observations (années 1926, 1927 et 1928) :

Observation I. — N° 2604-194. 17 ans, primipare. Gestation de 6 mois et demi. D. R. du 21 au 25 septembre. Au mois de mars 1926, on constate l'existence d'un chancre induré au niveau de la grande lèvre droite avec présence de tréponèmes à l'ultra-microscope. Sérologie positive le 5-3-26. Un traitement au novarsénobenzol est institué.

1re série en mars, interrompue elle est terminée au mois d'avril.

Accouchement le 20 juillet, à terme, d'un enfant vivant de 3.250/520 sans aucun signe apparent de syphilis.

Revient le 20-8-26, séro-réaction négative.

2e série d'injections de novar., du 20 août au 13 octobre.

Observation II. — N° 2605-280, 21 ans, primipare, ayant contracté un chancre génital au 2e mois de la gestation. Constatation de tréponèmes à l'ultra-microscope. Réaction sérologique négative.

Mise immédiatement au traitement par le novar., reçoit 5 séries com-

plètes. Les réactions sérologiques pratiquées à plusieurs reprises sont toujours restées négatives. N'a pas accouché à Baudelocque.

Observation III. — N° 2602-122, 17 ans, primipare. Gestation de 7 mois. D. R. en juillet 1925. Chancre vulvaire en décembre 1925. Date de contamination inconnue. Réaction sérologique positive.

Traitement immédiat par le novarsénobenzol. Dernière injection le 1er janvier 1926. Réaction sérologique négative le 24-2-26.

Accouchement à terme le 4 mai 1926, d'un enfant vivant de 3.080/530.

Traitement repris le 19 mai, vient 2 fois, puis cesse de se faire traiter.

6 injections de 914 en juin 1926.

Le 30-11-26, réclamée par la S. S. H., on apprend que son enfant est décédé de la diphtérie à 4 mois.

Le 25 janvier 1927, revient au Dispensaire. Réaction sérologique positive.

Observation IV. — N° 2606-315, 19 ans, 2e gestation, au 9e mois. D. R. août 1925.

Présente une érosion au niveau de la fourchette, adénopathie inguinale correspondante. La contamination remonte à 3 semaines. Présence de tréponèmes à l'ultra-microscope. Réaction sérologique positive.

Ap. rien de particulier dans ses antécédents, d'un premier procréateur a eu un enfant à terme en 1924.

La gestation actuelle est d'un deuxième procréateur, celui-ci a été soigné, au régiment, pour syphilis.

La femme est mise au traitement par le novar. dès le 31 mai et reçoit : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60 centigr. de novar.

Le 10 juin, accouche à Baudelocque, à terme, d'un enfant vivant de 3.130/530.

On reprend le traitement le 16 juin, la malade le suit jusqu'au 21 juillet, puis cesse de venir.

Observation V. — N° 1305, 19 ans, primipare.

Syphilis contractée au 2e mois de la gestation. D. R. du 15 au 19 octobre 1925 ; en décembre, chancre génital avec adénopathie inguinale. Consulte de suite à Cochin. Réaction sérologique positive.

Mise immédiatement au traitement par le novarsénobenzol, elle le suit régulièrement pendant 7 mois. En juin 1926, réaction sérologique négative.

Accouche le 1-6-26, au cours du 9e mois, d'un enfant vivant, de 2.490/360, ne présentant aucun signe apparent de syphilis.

Observation VI. — N° 2710-533, 16 ans, primipare.

Réglée à 13 ans, mariée à 15 ans et demi.

D. R. février 1927, au 3e mois, enfant vivant, pas d'albumine dans les urines.

Le 9 septembre 1921, se présente à Broca avec un accident primitif de la grande lèvre droite. Date de contamination difficile à fixer. Réaction sérologique négative. Mise au traitement, reçoit : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,60, 0,60 de 914 et cinq injections intercalaires de quinby. On reprend le traitement à Valancourt. 1re série de novar, du 27 octobre au 15 novembre 1927, total : 2 gr. 40. Deuxième réaction sérologique négative le 15-11-27.

Accouche à Baudelocque le 19-11-27 à terme d'un enfant vivant de 3,650/630.

Observation VII. — N° 2351, 20 ans, primipare.

DR. du 16 au 20 janvier.

Procréateur syphilitique.

Au 9e mois de la gestation la femme contracte un chancre induré du vagin, constaté à Broca où elle est admise le 5 octobre. Date de contamination inconnue. Réaction sérologique positive. Mise au traitement, reçoit jusqu'à son accouchement 8 injections : 4 de novar et 4 de quinby.

Accouche le 25-10-27 d'un enfant vivant de 2.930/400. Continue le traitement à Broca.

Observation VIII. — N° 2353, 20 ans, primipare.

Syphilis contractée à l'époque de la fécondation. Consulte à Broca, trois semaines après le coït fécondant, avant d'avoir son absence de règles, on constate alors un chancre à la face interne de la petite lèvre droite avec adénopathie inguinale correspondante. Réaction sérologique positive le 20-4-27. Reçoit deux séries complètes de novar, réaction sérologique négative le 20-8-27.

Accouche à Baudelocque le 11-12-27 d'un enfant vivant de 2950/530 sans aucun signe apparent de syphilis.

Observation IX. — N° 1764, 20 ans, primipare.

Le 22 juillet entre à l'hôpital Broca pour eczéma du sein, gale et végétations vulvaires.

Outre un eczéma de 10 cm. autour de l'aréole et la gale, on constate à la vulve et jusqu'à l'anus des végétations nombreuses légèrement pédiculées, variant de la grosseur du mil à celle du petit pois.

Depuis son entrée à l'hôpital il s'est développé sur la grande lèvre droite une érosion, rouge vif, indolore, indurée, de 1 cm. de diamètre. Adénopathie inguinale droite. Presence de tréponèmes à l'ultra-microscope. Réaction sérologique négative le 29-7-27. A reçu une injection de novar à Broca, où elle continue de se faire traiter.

Accouche près du terme, à Baudelocque, le 31-7 d'un enfant vivant de 2.650/500 sans aucun signe apparent de syphilis.

Observation X. — N° 2803-203, 24 ans, primipare.

Envoyée pour érosion vulvaire.

DR. 22 juillet 1927, au 8e mois, constation de l'accident primitif, typique de la grande lèvre droite. Adénopathie classique. La contamination remonte à 3 semaines. Réaction sérologique positive le 28-3-28. Réaction sérologique positive chez le mari.

Reçoit : le 28 mars, 0,15 de novar, puis 0,30, 0,45, 0,60, 0,90, 0,90, 0,90.

Accouche à Baudelocque le 13 avril d'un enfant vivant de 2.470/500. Réaction sérologique partiellement positive le 2-5-28.

2e série de novar., du 9 mai au 27 juin 1928. Réaction sérologique négative le 3-8-28.

Observation XI. — N° 1475, 25 ans, primipare.

Est entrée le 23-2-1928 à l'hôpital Laënnec pour chancre amygdalien, blennorrhagie, végétations vulvaires et gestation de 4 mois et demi. Réaction sérologique négative le 23-2-28.

Les végétations ont été grattées et la malade a reçu une première série de novar., en mars-avril et une 2e en mai-juin.

Accouche à terme, à Baudelocque le 10-7-28 d'un enfant vivant de 3.640/610 ne présentant aucun signe apparent de syphilis.

Nous voyons donc que dans les cas de syphilis primaire chez les femmes gravides, la réaction sérologique s'est montrée négative quatre fois sur onze cas, soit 63 % de positivité.

Ce chiffre correspond-il à celui qu'on observe chez les syphilitiques en dehors de la gestation ou est-il inférieur ? Il faut immédiatement ajouter qu'on ne peut tirer aucune

conclusion de cette constatation, car le pourcentage des réactions positives au cours de la syphilis primaire oscille entre 30 % et 100 % selon les auteurs. Ces résultats dépendent avant tout de l'âge du chancre.

Nous ne rappellerons que pour mémoire que la séro-réaction ne devient positive que vers le 15e jour, souvent plus tard vers le 20e ou le 25e jour d'un chancre syphilitique, et vers le 40e ou le 60e d'un chancre mixte. Levaditi, Yamanouchi et Laroche ont montré en 1908 que pour 7 cas de syphilis primaire datant de 8 à 15 jours l'on obtenait 33 % de résultats positifs, pour 7 cas de syphilis datant de 15 à 30 jours 57 % de résultats positifs.

Pour le Professeur Gougerot, une réaction sérologique pratiquée avant les dates indiquées plus haut (c'est-à-dire avant le 15e jour et même le 20e et 25e jour) n'a aucune valeur ; il faut la refaire, passé le délai voulu. Au-delà du 25e jour du début du chancre, la réaction bien faite sera positive dans presque 100 % des cas si le chancre n'a pas été traité, évidemment. A excepter les cas de syphilis maligne où elle peut rester négative tout le temps, et les cas de réactions spontanément retardées.

Or, il est souvent impossible de préciser la date exacte de contamination et de tirer par conséquent une conclusion quelconque pour les cas étudiés par nous.

Ces réserves faites, il semble que pour les cas de syphilis primaire la réaction sérologique n'est guère modifiée par l'état de gestation.

b) *Femmes présentant ou ayant présenté récemment des accidents syphilitiques de caractère dit secondaire.*

29 observations (années 1926, 1927 et 1928).

Observation XII. — N° 2609-506, 29 ans, 2e gestation.

Première gestation, accouchement à terme, enfant mort à 3 mois. 2e gestation actuelle, au 8e mois.

Syphilides psoriasiformes circinées, au niveau du bras gauche et de la cuisse droite. Réaction sérologique positive. Traitement immédiat par le novarsénobenzol.

Accouchement à terme, d'un enfant vivant de 3.170/400. Continuera à se faire traiter à l'hôpital St-Antoine.

Observation XIII. — N° 2602-118, 17 ans, primipare.

Vue en état de gestation de 7 mois (février 26).

A présenté il y a un mois une érosion juxta-vulvaire droite très indurée, avec infiltration de la grande lèvre droite et des ganglions indolores au niveau du triangle de Scarpa.

Amygdales œdématiées et lardacées, ganglions cervicaux. Réaction sérologique positive le 24-2-26. Reçoit 7 injections de novar.

Accouchement le 20 avril, d'un enfant vivant de 2650/450.

Traitement continué à l'Asile maternel de St-Maurice.

Observation XIV. — N° 2604-198, 22 ans, 2e gestation.

En état de gestation de 8 mois.

A été soignée en février 1926, à St-Louis pour syphilides papulo-érosives de la vulve. Réaction sérologique positive le 20-2-26.

A reçu : 0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0, 90 — 0,90 — 0,90 — 0,90 de novar. Réaction sérologique négative le 3 avril.

Accouche à terme à Baudelocque, le 20 mai 1926 d'un enfant vivant de 3870/670.

Observation XV. — N° 2611-611, 21 ans, primipare.

Le 17 août 1926 accouche à terme d'un enfant vivant de 3.750/600.

Huit jours après l'accouchement apparaît une roséole. Réaction sérologique positive le 25-8-26. Première série de novar, 4 gr. 50. Deuxième série en cours. Réaction sérologique positive le 17-11 26.

3e série : 3 gr. 45. Réaction sérologique partiellement positive le 20-2-27.

4e série en mai, 4 gr. 95. Réaction sérologique négative le 16-5-27. Réaction sérologique négative le 25-7-27.

5e série en juillet. Réaction sérologique négative le 1-8-27.

Observation XVI. — N° 840, primipare.

Le 30 décembre 1925, au 5e mois de la gestation, contracte un chancre de la grande lèvre droite, puis apparition d'une roséole papulo-maculeuse, syphilides érosives des grandes lèvres. Réaction sérologique positive.

Reçoit : une première série de novar., du 23 décembre au 3 février, 4 gr. 35. Réaction sérologique partiellement positive le 24-2-26.

Une 2e série en mars-avril, 5 gr. 10.

Accouche à terme à Baudelocque le 28 avril 1926 d'un enfant vivant de 3.480/570.

Une 3e série en juin, 3 gr. 75. Réaction sérologique négative le 30-8-26. Une 4e série en août. Une 5e série en novembre. Réaction sérologique négative le 7-2-27.

Observation XVII. — N° 1864, 27 ans, primipare.

Traitée à Boucicaut pendant toute la gestation pour syphilis ayant vraisemblablement débuté avec la gestation. D. R. le 17 décembre 1925.

En février 1926, la malade a présenté une éruption de lésions cutanéo-muqueuses, diagnostiquées syphilitiques. Réaction sérologique positive.

A reçu du mois de février au 10 septembre 3 séries complètes de novar. Réaction sérologique devenue négative à la suite de ce traitement.

Accouche à terme à Baudelocque le 4 octobre 1926, d'un enfant vivant de 3.300/450 sans aucun signe de syphilis.

Observation XVIII. — N° 2607-418, 19 ans, 2e gestation.

Femme venant de faire un accouchement prématuré de 6 mois et demi d'un enfant mort et macéré.

A eu mal à la gorge en mai 1926.

A l'examen, syphilides palmaires en régression. Réaction sérologique positive le 28-7-26. Suivra le traitement à Boucicaut.

Observation XIX. — N° 979, 22 ans, primipare.

Au 7e mois de la gestation éprouve des douleurs dans les membres inférieurs. Consulte alors à l'hôpital Saint-Louis ; ici en l'examinant on constate l'existence d'une plaque muqueuse au niveau de la fourchette. Tréponèmes à l'ultra-microscope. Réaction sérologique positive. 2 séries de novar., complètes avant l'accouchement.

Accouche à la Clinique Baudelocque, le 19 mai 1926, spontanément à la fin du 8e mois, d'un enfant vivant de 2.850/450.

Observation XX. — N° 2149, 18 ans.

1re gestation. D. R. du 16 au 17 avril 1926.

En juillet, la femme constate une « ulcération » sur la grande lèvre gauche. Elle se soigne d'abord elle-même par des poudres et des pommades. En octobre, elle consulte à Broca. Là, on constate l'existence

de 5 ou 6 plaques muqueuses autour de la marge de l'anus. Réaction sérologique positive. Une série de novar, 4 gr. 50. Toutes les plaques muqueuses ont disparu au bout de quelques injections. La malade sort de Broca pour venir accoucher prématurément au 7e mois d'un enfant vivant de 1.800/670. Celui-ci présente un abdomen volumineux, foie hypertrophié, mort le lendemain.

Observation XXI. — N° 2606-338, 23 ans, 2e gestation.

1re gestation en 1922. Accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

2e gestation en 1926. D. R. du 20 au 22 octobre. 8e mois.

Venue le 14 juin à la consultation des femmes gravides, on lui découvre une roséole typique, syphilides hypertrophiques au niveau de la face interne des grandes lèvres. Réaction sérologique positive le 14 juin. 4 injections de novar. Abandonne le traitement.

Revient en octobre. Réaction sérologique positive le 20-10-26. Refuse de se faire traiter, ne revient plus.

Observation XXII. — N° 1820, 26 ans, 2e gestation.

1re gestation en 1922, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

2e gestation, D. R. du 5 au 9 novembre 26.

Le 29-3-27 consulte à Broca. Gestation de 5 mois. Chancre du col et roséole datant de 15 jours. Réaction sérologique positive. Une série de novar., 5 gr.

Accouche à terme d'un enfant vivant de 3.650/620.

Traitement repris après l'accouchement. Réaction sérologique négative en août 1927.

Observation XXIII. — N° 796, 31 ans, IVe gestation.

1re gestation en 1914, accouchement au 8e mois (rougeole concomitante), enfant bien portant.

2e gestation en 1922, accouchement à terme d'un enfant mort à 6 semaines de diarrhée.

3e gestation en 1926, accouchement à terme, enfant bien portant.

4e gestation en 1927, au 7e mois de cette gestation, menace d'avortement, on ordonne le repos au lit, apparition à ce moment d'une roséole. Réaction sérologique positive. 1re série d'injections de 914 en mars 1927.

Accouche à Baudelocque, le 3 avril, à 8 mois, de deux jumeaux (gémellaire bichoriale), 1470 et 1280/780. Le premier enfant n'a vécu

que quelques minutes, le second est décédé quelques jours plus tard.

Se fait traiter en ville.

Observation XXIV. — N° 1655, 18 ans, primipare.

En état de gestation de 8 mois.

Présente sur la face interne des grandes lèvres plusieurs érosions blanchâtres, douloureuses au toucher et spontanément, légèrement indurées.

Il y a un mois, éruption de papules rouges au-dessous des seins. Réaction sérologique positive le 20-6-27. 1re série de novar en juin-juillet, 3 gr. 50.

Accouche à Baudelocque le 16 juillet 1927, à terme, d'un enfant vivant de 2.910/400. Réaction sérologique partiellement positive le 24-8-27. Traitement repris à cette date. Réaction sérologique négative le 9-11-27.

Observation XXV. — N° 2709-450, 21 ans, primipare.

En état de gestation de 8 mois. D. R. 15 janvier 1927.

Présente sur la grande lèvre gauche la cicatrice d'un chancre induré. Il existe encore de l'adénopathie inguinale avec un gros ganglion. Eruption maculeuse sur les avant-bras et les cuisses. Chute de cheveux, signe de la mèche. Réaction sérologique positive le 14-9-27. Une série complète d'injections de novar.

Accouche à Baudelocque, à terme, le 23-10-27, d'un enfant vivant de 2.950/560.

Continue le traitement à la Maison maternelle de Saint-Maurice.

Observation XXVI. — N° 2711-539, IVe gestation.

Trois gestations précédentes d'un premier procréateur, mort de laryngite tuberculeuse.

4e gestation d'un deuxième procréateur. D. R. du 5 au 8 juin, 5e mois.

En octobre 1927, a présenté des lésions vulvaires dont le diagnostic porté en ville fut celui d'herpès génital.

Le 2 novembre, syphilides papuleuses, plaques muqueuses vulvaires et amygdaliennes. Réaction sérologique positive le 2-11-27.

1re série de novar ; en novembre-décembre, 4 gr. 95. Réaction sérologique partiellement positive le 25-1-28.

Accouche à Baudelocque le 31 janvier 1928, à terme, d'un enfant vivant de 2.800/600.

Continue le traitement en ville.

Observation XXVII. — N° 2712-655, 34 ans, 2e gestation.

1re gestation en 1919, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

2e gestation en 1927, avortement de 5 mois et demi, macéré.

A l'examen, plaques muqueuses péri-anales. Réaction sérologique positive.

1re série novar. du 31 décembre 1927 au 11 janvier 1928. Réaction sérologique partiellement positive le 17-2-28.

Une série de bismuth le 21 mars. Réaction sérologique négative en juin 1928.

Observation XXVIII. — N° 2772, 17 ans, primipare.

Au 6e mois de la gestation, en août 1926, apparaît une éruption constituée par des éléments d'un rose accentué siégeant sur le tronc, le cou et plus particulièrement sur la base du thorax. La femme ne se soigne pas.

Au mois de novembre, à la suite d'un examen dans une Maternité, l'éruption persistant encore, la femme est dirigée sur l'hôpital Broca. Là on pose le diagnostic de syphilis. Réaction sérologique positive en novembre 1927.

Les derniers rapports datent du 6 février, la femme n'a pas remarqué d'accident initial.

Un traitement est entrepris dans la première semaine de novembre, reçoit 7 injections de novar avant l'accouchement.

Accouche le 16 décembre, à Baudelocque, à terme, d'un enfant vivarnt de 3.100/470. Foie, rate normaux, rien par ailleurs.

Continue le traitement à Broca.

Observation XXIX. — N° 2802-103, 21 ans, primipare.

En état de gestation de 7 mois et demi. D. R. 20 juin 1927.

A présenté en janvier 1928 une éruption généralisée, mais surtout vulvo-anale avec prurit, qui a duré un mois.

A l'examen, le 15 février, rien au niveau de ces régions. Mais sur la poitrine : macules d'un rose cuivré, éléments non prurigineux. Magnifique signe de la mèche. Réaction sérologique positive le 10-2-28.

Le mari a eu, en septembre 1927, une érosion à la verge. Actuellement plaques muqueuses au niveau des amygdales et des piliers. Réaction sérologique positive le 7-3-28.

Femme mise au traitement par le novar : 1re série du 15 février au 28 mars : 4 gr. 90.

Accouche à Baudelocque le 29 mars 1928, à terme, d'un enfant vivant de 2.970/480.

2e série de novar. du 18 avril au 13 juin. Réaction sérologique négative le 9-7-28. 3e série du 4 juillet au 27 août. Réaction sérologique négative le 2-10-28.

Observation XXX. — N° 2803-144, 22 ans, primipare.

En état de gestation de 6 mois. D. R. 9-9-27.

Présente, depuis le mois de février, sur la moitié du corps au-dessus de la ceinture, une éruption papuleuse, surtout accentuée à la nuque et au dos. Les éléments sont très nombreux, certains sont recouverts d'un squame, d'autres sont croûteux. Leur couleur est rouge jambon. Au-dessous de la ceinture, il n'y a que trois ou quatre éléments.

A l'interrogatoire, on apprend que vers le 15 janvier elle a eu des plaques rouges, ulcérées sur les petites lèvres avec adénopathie inguinale. Le 26 février apparut l'éruption décrite plus haut. Gros ganglion dans l'aine gauche. Chute de cheveux. Réaction sérologique positive le 5-3-28.

1re série de novar. du 9 mars au 4 avril. 2e série du 25 avril au 20 juin. Réaction sérologique négative le 28-6-28.

Accouche, à Baudelocque, le 9 juillet, de deux jumeaux vivants, fille et garçon de 2540-2350/930 (gémellaire biamniotique).

L'un des enfants est mort à 8 jours, le second est vivant, présente un nœvus frontal, foie et rate augmentés de volume. Mis au sulfarsénol.

Observation XXXI. — N° 2805-295, primipare.

Adressée à la Clinique pour syphilis secondaire et gestation en cours. D. R., fin décembre 1927, 5e mois.

A l'examen, roséole en voie d'effacement. Iritis, chute de cheveux, céphalée à prédominance nocturne. Réaction sérologique positive le 6-5-28.

1re série de novar. 6-5-28 : 0,15 — 0,30 — 0,45 de novar, abandonne le traitement.

Le 20 juin 1928, demandé nouvelles par le S. S. H., en hôtel meublé, est partie sans laisser d'adresse.

Observation XXXII. — N° 1275. 33 ans, primipare. Le 11 juin 1928 vient pour accoucher à la Clinique Baudelocque.

Dit avoir eu une « grosseur » dans l'aine droite au mois de mai, puis une éruption généralisée, n'a consulté personne.

Le 16 juin, roséole en voie de disparition, alopécie en clairières. Signe de la mèche, grosse rate. Réaction sérologique positive le 16-6-28.

Accouche le 16 juin 1928, prématurément, à 7 mois et demi, d'un enfant vivant de 2.150/400, mort au bout de 14 jours.

Sera traitée à l'hôpital Cochin.

Observation XXXIII. — N° 2809-537, 18 ans, primipare.

Gestation de 6 mois.

Le 15 août 1928, érosion sur la grande lèvre gauche. Le 25 août, éruption généralisée.

— Mariée en mars 1928 (le mari a eu, en 1927, un chancre soigné à Saint-Louis, mis au repos en février 1928, il n'y est plus retourné).

La femme présente, le 21 septembre, une roséole typique. Réaction sérologique positive le 21-9-28.

1re série de novar. du 21 septembre au 24 octobre : 3 gr. 85. Réaction sérologique négative le 14-11-28.

Accouche à terme le 12-12-28, d'un enfant vivant de 2930/700, sans stigmates de syphilis.

Observation XXXIV. — N° 148, 32 ans, IIIe gestation.

Premier procréateur : 1re gestation en 1920, accouchement à terme d'un enfant, mort à l'âge de 2 mois de convulsions.

2e gestation en 1921, accouchement à terme d'un enfant bien portant.

Deuxième procréateur : 3e gestation, D. R. 8 avril 1927, à terme.

Le 10 août 1927, au 4e mois de la gestation, la femme entre à l'hôpital Cochin pour rétention d'urine ayant débuté subitement ce jour-là.

En même temps que la rétention, apparaît une éruption d'éléments rouges, papuleux, indolores, au niveau de la région fessière et de la zone péri-anale. L'éruption dure 15 jours. Réaction sérologique pratiquée : résultat inconnu. Mais on lui a conseillé un traitement qu'elle a refusé.

Le 15 décembre, éléments rouges papuleux à côté de la commissure labiale gauche. Consulte à Broca le 16 janvier, où l'on pose le diagnostic de syphilides papulo-squameuses. Réaction sérologique négative le 16-1-28. Refaite à Baudelocque le 23-1-28 : 3/4 positive.

Accouche à terme, à Baudelocque, le 21-1-28, d'un enfant vivant de 3.380/670 gr., ne présentant aucun signe apparent de syphilis.

Observation XXXV. — N° 584, 22 ans, primipare.

Vers le 15 février 1927, premiers rapports. Ne tarde pas à devenir enceinte, elle ne voit pas en effet ses règles qu'elle attendait pour le $\overline{9}$ mars. Le 11 mars 1928, la femme éprouve des brûlures au niveau de la région vulvaire et remarque l'existence d'un « petit bouton ». Ve-

nue à la consultation à Baudelocque, où l'examine et on trouve une érosion siégeant à cheval sur la fourchette, ayant tous les caractères d'un chancre syphilitique. En outre, on note la présence de plaques muqueuses érosives sur la vulve et d'une plaque papulo-hypertrophique près de l'anus. Tréponèmes à l'ultra-microscope. Réaction sérologique positive.

Reçoit le 16-3-28 : 0,15-60 de novar. Le 18-3-28 : 0,90 de novar. Le jour même, à 2 heures, elle expulse un enfant de 3.200/480, couvert de syphilides maculeuses siégeant à la face et sur tout le corps. Traitement repris le 15-4-28 : 4 gr. 95 de novar. Réaction sérologique négative le 4-6-28. 2e série du 6 juin 28 au 25 juillet : 6 gr. 40. Réaction sérologique négative le 20-8-28.

Observation XXXVI. — N° 1083, 17 ans, primipare.

Vient à la Clinique Baudelocque au moment de ses premières douleurs. Gestation à terme, D. R., 28 juillet 1927.

Au mois de novembre, au 4e mois de la gestation, éruption cutanée généralisée. Consulte à l'hôpital Saint-Louis, où l'on pose le diagnostic de roséole. Réaction sérologique positive le 15-11-27.

1re série de novar., en novembre-décembre-janvier : 4 gr. 50. Réaction sérologique négative le 10-3-28. 2e série de novar. en mars-avril : 4 gr. 15.

Accouche à Baudelocque le 21-5-28, d'un enfant vivant de 2.830/360. Réaction sérologique négative après l'accouchement.

Observation XXXVII. — N° 1472, 19 ans, primipare.

Au 6e mois de la gestation, la femme remarque du gonflement des grandes lèvres et de l'orifice vaginal. Puis apparaît une éruption sur tout le corps. Elle va alors à Saint-Louis où l'on constate un accident primitif de la vulve avec gros œdème unilatéral, pléiade ganglionnaire inguinale. Eléments papulo-squameux, discrets, des membres et alopécie. Réaction de Bordet-Wassermann type et réaction de Hecht complètement négatives, le 27-1-28.

1re série de novar., du 27 janvier au 8 mars. 2e série du 2 avril au 11 mai. 2e réaction sérologique pratiquée le 26-4-28 toujours négative.

Traitée depuis 3 mois, elle accouche, le 29-4-28, d'un enfant vivant de 2.450/350.

Observation XXXVIII. — N° 1866, 16 ans, 2e gestation.

1re gestation en 1927, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

2e gestation. D. R. du 10 au 12 janvier, 7e mois.

Le 26 août, plaques muqueuses hypertrophiques au niveau des grandes lèvres et du périnée. Lésions datant d'un mois environ.

Accouchement prématuré au 7e mois, le 26 août, d'un enfant vivant de 1.600/340 gr., décédé 2 heures après la naissance. Réaction sérologique positive le 27-8-28.

1re série de novar. du mois d'août au mois d'octobre : 4 gr. 90. Réaction sérologique négative le 26-10-28. 2e série du 24 octobre au 28 novembre : 4 gr. Réaction sérologique négative le 26-12-28.

Observation XXXIX. — N° 2357, 21 ans, primipare.

Admise à Baudelocque le 8-11-28, pour début de travail.

Syphilides papulo-érosives confluentes au niveau de la vulve, du périnée et la face interne des cuisses. Quelques plaques muqueuses au niveau de la face interne des petites lèvres. Réaction sérologique positive le 9-11-28.

Accouche le 9-11-28, prématurément à 7 mois et demi, d'un enfant vivant de 1950/350 gr., rate augmentée de volume, aucun autre signe.

La femme reçoit 0,15 de métarsénobenzol le 10-11, 0,30 le 13, 0,45 le 17.

Continue le traitement en ville.

Observation XL. — N° 205, 28 ans, 2e gestation.

Première gestation en 1920, accouchement au forceps, paraît avoir eu une phlébite après l'accouchement. L'enfant est mort à 17 jours de diarrhée.

2e gestation, DR. du 1er au 5 mars, à terme.

Présente un peu au-dessous des seins une éruption de petites macules rosâtres, légèrement squameuses. Réaction sérologique positive le 8-12-28.

Accouche le 7-12-28 d'un enfant vivant de 3.270/600.

Se fera traiter en ville.

Ainsi, nous voyons que chez les femmes gravides atteintes de syphilis secondaire, sur 29 cas 1 fois la réaction sérologique est restée négative, soit 96 % de positivité.

Or, le chiffre de réactions positives pour cette même syphilis secondaire, en dehors de la gestation est pour le Professeur Gougerot de 100 %, sauf exceptions dues à l'arsénorésistance ou l'arsénoréceptive, et sauf exceptions dues à la

malignité de la syphilis, et de 98 % pour d'autres, soit 99 % en moyenne.

Si nous regardons les résultats donnés par les auteurs, nous voyons que le Professeur Bar et M. Daunay, en 1909, n'obtiennent que 41,66 % de réactions positives chez les femmes gravides et récemment accouchées, atteintes de syphilis floride. Ces mêmes auteurs, reprenant leurs recherches en 1912, obtiennent un pourcentage plus élevé, soit 53,33 %. Ce chiffre reste encore bien inférieur au nôtre. La proportion réellement très basse des résultats obtenus par ces auteurs peut, à notre avis, s'expliquer en grande partie, comme ils le reconnaissent eux-mêmes, par le fait qu'ils n'ont pas distingué dans l'établissement du pourcentage les syphilis primaires des syphilis secondaires et les cas non traités des cas où il y avait eu commencement de traitement.

Enfin, il faut encore ajouter que les techniques sérologiques ont subi des perfectionnements, ce qui a, sans doute, aussi son importance.

Moore, en étudiant, en 1923, 200 cas de syphilis chez les femmes gravides trouve, sur 32 cas de syphilis secondaire, trois réactions sérologiques négatives, soit 90 % de positivité.

Klaften et Kalman, en 1923, au cours de leurs recherches sur la syphilis lors de la gestation, trouvent sur cinq cas de syphilis secondaire une réaction négative. Mais les auteurs font une réserve, car la malade avait eu un début de traitement.

Lasseur et Vermelin, au cours de leurs recherches sur la valeur de la séro-réaction chez les femmes gravides, obtiennent dans les cas de syphilis récente des résultats analogues à ceux qu'on observe dans la syphilis en général.

Nous conclurons donc que chez les femmes gravides atteintes de syphilis secondaire les résultats de la réac-

ANNÉE	N° des Observat.	LÉ	RÉACTION SÉROLOGIQUE	TRAITEMENT 4e série	RÉACTION SÉROLOGIQUE
1926	1	Ch			
1926	3	Ch	réaction sérologique positive.		
1926	5	Ch			
1927	8	Ch			
1928	10	Ch			
1926	14	Syphilis			
1926	15	Syphilis	Partiellement positive le 20-2-27	Mai 27	Négative le 25-7-27
1926	16	Syphilis	Négative le 30-8-26	Août 26	
1926	17	Syphilis			
1926	21	Syphilis	positive le 20-10-26. Ne revient plus.		
1927	22	Syphilis			
1927	24	Syphilis			
1927	26	Syphilis			
1927	27	Syphilis			
1928	29	Syphilis	Négative le 2-10-28		
1928	30	Syphilis			
1928	33	Syphilis			
1928	35	Syphilis			
1928	36	Syphilis			
1928	38	Syphilis			

tion sérologique ne diffèrent guère de ceux observés en dehors de la gestation, avec cependant une très légère augmentation des résultats négatifs.

Si nous suivons maintenant les réactions sérologiques positives des syphilis florides, dans leur évolution, nous voyons que très rapidement, parfois même après quelques injections, seulement, de novarsénobenzol la plupart de ces réactions sont devenues négatives. C'est ainsi que, sur les vingt femmes soumises au traitement et dont la réaction sérologique a pu être refaite, dix avaient une sérologie négative après une seule série d'injections. Et toutes les réactions, sauf une, étaient négatives après la seconde série.

L'influence du traitement sur la négativité de la séroréaction est donc considérable. Et il est ainsi absolument nécessaire de classer à part les syphilis florides traitées de celles qui ne l'ont pas été. C'est ce que nous avons essayé de faire ici.

Cette action négativante du traitement est d'ailleurs bien connue.

Notons en passant combien est efficace et rapide l'influence du traitement sur la syphilis de la femme gravide. D'où l'importance capitale de l'instituer dans tous les cas où le diagnostic est fait, quel que soit le terme de la gestation. On sait, en effet, aujourd'hui que la syphilis de la mère peut être transmise, per placentam, à l'enfant, aussi bien au début de la gestation, ou au milieu, qu'à la fin, sauf peut-être les toutes dernières semaines (1), MM. Buschke et Fischer, Fieux et Mauriac, M. le Professeur Couvelaire ont

---

Dans ces cas la contamination de l'enfant peut se faire au passage du canal génital. Pour M. L.-M. Bonnet ces faits peuvent seulement s'observer lorsque l'accouchement a lieu pendant les 10 à 12 premiers jours du chancre.

observé des cas de transmission de l'infection à l'enfant où la syphilis de la mère datait de 7, 9 et 12 semaines seulement. Et à ce point de vue la syphilis secondaire est la plus grave, puisque c'est la phase septicémique de l'infection qui, si elle n'est pas jugulée rapidement, donnera lieu soit à la mort de l'œuf, soit à une tréponémie chez l'enfant. Du traitement de la mère dépend donc le sort de l'enfant.

Mais si le traitement peut agir rapidement sur la syphilis et en atténuer la virulence, s'il peut négativer rapidement la séro-réaction, il va sans dire qu'il ne peut s'agir de guérison en un laps de temps aussi court. Et nous insisterons sur le danger qu'il peut y avoir de l'abandonner dès que la réaction sérologique devient négative, même après plusieurs séries d'injections.

Voici quelques exemples :

Observation XLI. — N° 2806-383, 27 ans, primipare.

Femme envoyée au Dispensaire Valancourt pour son enfant hérédo-syphilitique.

Né le 25-4-28 à terme, élevé au sein maternel. Présente sur les membres inférieurs une éruption peu colorée, chocolat clair, formant légèrement saillie. Coryza bilatéral avec croûtes nasales. Rate augmentée de volume. Réaction sérologique chez l'enfant (âgé de 2 mois), fortement positive.

Pas de syphilis connue chez la mère, aucun stigmate à l'examen. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Réaction sérologique négative le 27-6-28.

Le procréateur : accident primitif en avril 1925, consulte 8 jours après : tréponèmes à l'ultra-microscope. Réaction sérologique positive le 7-5-25. Traité immédiatement il reçoit 11 injections de 914 et le 28-10-25 sa réaction sérologique est négative. Trois autres séries de 914, se marie après la 4e série alors que sa sérologie est négative.

Observation XXXXII. — N° 2701-47, 34 ans, primipare.

Première gestation en 1925, accouchement prématuré d'un enfant vivant de 1970/270.

Le procréateur a eu un chancre deux ans avant le mariage. Réaction sérologique positive, traité avant le mariage par de l'huile grise d'abord,

puis par du novar., réaction sérologique encore partiellement positive au début du mariage.

Six mois après le mariage apparaît chez la femme une éruption sur les membres inférieurs et la base du thorax. Bientôt elle commence à souffrir de la gorge, angine, laryngite (accidents secondaires probablement). Réaction de B.-W. positive. On lui fait alors trois séries de quinby, la réaction devient négative en 1924, elle est négative en septembre 1924 et en juin 1925.

En février 1925, elle commence la gestation qui se termine par un accouchement prématuré.

Outre l'histoire de syphilis, l'interrogatoire ni l'examen ne révèlent rien de particulier chez la femme.

L'enfant : élevé au sein maternel, premiers pas à 13 mois, a reçu des frictions mercurielles, présente une très grosse rate, une fontanelle non ossifiée, saillie des bosses frontales. Réaction sérologique 3/4 positive le 14-1-27.

Observation XLIII. — N° 2504-208, 20 ans, primipare.

A. H. : père mort de ?

Mère morte après une opération, avait eu 3 enfants : un mort en bas âge, 2 vivants.

A. P. : A contracté la syphilis à l'âge de 15 ans, accidents secondaires, plaques muqueuses labiales. Traitée à l'hôpital Broca pendant cinq mois.

Première gestation, accouchement le 28 mars 1925 d'un macéré.

A l'examen : aucun stigmate d'hérédo-syphilis, pas de signes de syphilis en activité. Réaction sérologique négative le 15-4-25.

Ces exemples montrent que même lorsque le traitement est abandonné après des cures relativement prolongées, alors que la réaction sérologique est restée négative à plusieurs reprises, la syphilis peut encore être virulente pour l'œuf.

Noiré cite les observations de cinq familles où le père s'étant marié après plus de 8 mois de B.-W. négatif, a cependant procréé des enfants hérédo-syphilitiques.

Le traitement doit donc être prolongé longtemps, malgré la négativité de la sérologie. Il faut aussi traiter toute femme ayant eu la syphilis dès que l'enfant est conçu. Il serait très imprudent de se fier au traitement antérieur. Boas et

Gammeltoft citent l'histoire d'une femme qui, atteinte de syphilis secondaire, eut d'abord un traitement intensif mixte au novarsénobenzol et au mercure et fut ensuite soignée durant trois années par du mercure seul. Quatre ans après le début de l'infection, elle commença une gestation ; comme elle avait reçu auparavant un traitement énergique, on ne fit rien. Il naquit un macéré qui présentait des lésions syphilitiques à l'autopsie.

Enfin, comme une femme antérieurement traitée, ayant une sérologie négative, est néanmoins capable de transmettre sa syphilis à l'enfant, il sera nécessaire de traiter ou de surveiller celui-ci plus ou moins longtemps. Des divergences règnent encore parmi les auteurs pour la conduite à adopter dans ces cas.

Certains auteurs, comme Welander, Beck, pensent que tout enfant né de parents syphilitiques doit être soumis au traitement ; même s'il ne présente rien à l'examen et que sa sérologie est négative. Disons en passant que la séro-réaction chez le nouveau-né ne peut permettre de résoudre la question, car trop variable dans ses résultats ; nombre d'auteurs contestent sa valeur.

D'autres, comme Hoffmann, Elers, croient que seuls les enfants de mères syphilitiques récentes doivent être traités dès la naissance.

Pour Carle, les enfants dont les pères seuls ont eu autrefois la syphilis ne doivent pas être traités.

Pour d'autres enfin, comme Boas, Almkvist, tout enfant né de parents syphilitiques doit être mis en observation avant d'être traité.

A la Clinique Baudelocque, la conduite adoptée est la suivante : on traite systématiquement tous les enfants de parents syphilitiques, sauf les cas où la syphilis a été précocement et régulièrement traitée, longtemps avant la gestation. Dans ces derniers cas, l'enfant est mis en observation, et si le moindre signe apparaît chez lui, il est immédiatement soumis au traitement.

Nous n'insisterons pas sur les autres particularités que peut présenter la réaction sérologique au cours du traitement des syphilis de femmes gravides, c'est-à-dire la réactivation de la sérologie sous l'influence du traitement, les réactions fluctuantes au cours des traitements irréguliè-rement suivis, les poussées paradoxales au cours des traitements intensifs, faits qu'on constate en dehors de tout état de gestation.

B) Femmes syphilitiques héréditaires

Nous allons étudier maintenant les résultats de la réaction sérologique chez les mères et pères issus de parents syphilitiques.

Il se pose d'abord une première question, celle de savoir si l'hérédo-syphilitique qui n'a pas contracté de syphilis est capable de transmettre son infection à ses enenfants.

De nombreux auteurs, en particulier Edmond Fournier, Tarnowsky, Milian et d'autres soutiennent l'existence d'hérédo-syphilis transmise à la 2e et 3e génération, et la possibilité pour l'hérédo-syphilitique de contaminer son conjoint. Edmond Fournier en étudiant la descendance des hérédo-syphilitiques constate que 116 hérédo de 1re génération ont donné à la seconde génération 367 gestations sur lesquelles on trouve 118 avortements et 59 morts rapides, soit un coefficient de 48 % de mortalité. Sur les 192 enfants vivants, 31 seulement étaient sains ; les autres étaient des dystrophiés et quelques-uns présentaient même des lésions manifestes de syphilis virulente.

Il faut d'ailleurs noter que le champ de ces syphilis héréditaires s'est considérablement élargi depuis la pratique de la séro-réaction qui peut révéler des syphilis là où la clinique ne permet pas de les soupçonner. Mais un grand nombre d'auteurs affirment que si l'examen sérologique

rend de grands services pour dépister la syphilis héréditaire, sa positivité est loin d'être constante. Pour Déan, la sérologie positive serait rare chez les hérédo-syphilitiques âgés de plus de 16 ans.

Aussi est-il intéressant d'étudier les résultats que donne la séro-réaction chez les procréateurs issus de parents syphilitiques.

Il faut aussi insister sur la difficulté qu'il peut y avoir d'affirmer dans certains cas le diagnostic de syphilis héréditaire, car ces descendants de syphilitiques ont pu naître sains et contracter la syphilis plus tard.

Le nombre d'observations que nous donnons est de 38. Nous les avons divisées en deux catégories :

1° Les cas où la syphilis des parents est certaine, soit qu'ils sachent l'avoir acquise, soit qu'ils aient présenté une affection reconnue comme étant d'origine syphilitique, soit que leurs enfants soient atteints d'une affection admise sans conteste comme de nature hérédo-syphilitique.

2°) Ceux où la syphilis est cliniquement probable soit par l'existence d'antécédents pathologiques chez les parents ou d'incidents obstétricaux pouvant relever de la syphilis chez la mère, soit à cause de la constatation de stigmates d'hérédo-syphilis chez leurs enfants.

Nous distinguerons les cas de chacune de ces deux catégories en :

1°) Ceux avec incidents obstétricaux pouvant être rattachés à la syphilis, les femmes présentant :

a) Les unes une sérologie positive.

b) Les autres une sérologie négative.

2° Ceux avec évolution normale de la gestation et naissance d'enfants bien constitués, les femmes ayant :

a) Les unes une séro-réaction positive.

b) Les autres une séro-réaction négative.

1. *Syphilis certaine chez les parents des procréateurs*, 21 observations :

α) : 16 cas avec incidents obstétricaux pouvant être rattachés à la syphilis.

a) : 7 cas avec sérologie positive.

Sur ce total de 7 cas ; 6 concernent les mères et 1 le père.

Observation XXXXIV. — N° 2003-88, 23 ans, primipare.

Conduite à la Clinique en mars 1920 par sa mère qui attire l'attention sur ses antécédents obstétricaux propres. La gestante est l'unique enfant survivante. La mère a eu 9 avortements ou accouchements prématurés. D'un premier procréateur elle a eu 8 gestations, la gestante est issue du 5e accouchement. Des accouchements postérieurs pas d'enfants vivants.

D'un deuxième procréateur elle a eu 2 gestations, la première s'est terminée par l'expulsion d'un enfant mort, l'autre, né vivant est mort à 22 mois de rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

Une réaction sérologique pratiquée lors de la 5e gestation s'est montrée positive, un traitement fut institué avant l'accouchement.

La gestante : de petite taille, dents de scie, front carré, a été traitée pour de la kératite interstitielle pendant 8 mois.

Mariée en août 1919, commence une gestation en décembre. D. R., 13-12-19, consulte le 20 mars 1920. Gestation normale, sérologie positive, sérologie négative chez le mari.

Trois séries de novar., accouche à terme le 14-9-20 d'un enfant vivant de 3.420/580, bien constitué, aucune manifestation de syphilis cutanéo-muqueuse ou viscérale. Sérologie refaite après l'accouchement : partiellement positive. Reçoit encore une série de novar.

En 1924 commence une 2e gestation, ne suit pas de traitement cette fois, accouche à terme d'un enfant vivant de 3.750/620. Enfant : nez écrasé à la base, foie et rate normaux.

Observation XXXXV. — N° 1008, 21 ans, primipare.

Hérédo-syphilitique envoyée de la Maternité pour accouchement prématuré et réaction sérologique positive.

A. H. : Interrogatoire de la mère : femme de 42 ans atteinte de syphilis ancienne acquise, elle fut contaminée au cours de sa première gestation en 1902. Première gestation accouchement prématuré au 8e mois en 1902, fille vivante, la consultante. Deuxième gestation, accou-

chement à terme en 1905, fille vivante, actuellement, n'a jamais présenté aucun incident, chez elle sérologie négative.

La syphilis chez la mère fut diagnostiquée à propos d'une arthrite du genou qui évolua vers la suppuration et fut soignée à l'hôpital Necker en 1911. Une réaction sérologique pratiquée à ce moment se montra positive et un traitement à l'arsénobenzol fut institué.

Le père atteint de syphilis acquise est mort à 35 ans, en 1912, de cause indéterminée en cinq jours de maladie.

A. P. : aînée de deux enfants, née prématurément au 8e mois, élevée au sein.

Réglée à 14 ans.

A été soignée à 7 ans, pour kératite interstitielle.

A. obst. : première gestation en 1925, accouchement prématuré au 7e mois d'un enfant vivant de 1300/340, mort le 11e jour.

A l'examen : cicatrices de kératite, microdontisme. Réaction sérologique positive.

Observation XLV. — N° 2712-658, 17 ans, primipare.

A. H. : père a été traité pour syphilis, mère a eu 5 enfants, 2 vivants ; la consultante et une fille de 15 ans.

2 enfants décédés à la naissance, un macéré.

Tous les enfants sont nés à 7 mois, sauf la consultante.

A. P. : née à terme, nourrie au sein, premiers pas à 10 mois, parle à 16 mois.

Réglée à 14 ans.

Kératite interstitielle à 10 ans, soignée par l'arsénobenzol. Réaction sérologique positive le 12-12-27.

3 séries de novar., accouche à terme le 28-1-28 d'un enfant vivant de 2.850/620. L'enfant : teint pâle, bosses frontales saillantes, coryza depuis la naissance.

Observation XLVII. — N° 2412-773, 3e gestation.

A. H. : Père mort à l'âge de 52 ans d'aortite (syphilis connue).

Mère vivante bien portante.

A. C. : deux sœurs, une en bonne santé, l'autre paralysée depuis l'âge de 4 ans.

A. P. : née à terme, nourrie au biberon. Premiers pas de bonne heure.

N'aurait jamais présenté aucun accident suspect.

1re gestation en 1922, accouchement prématuré à 7 mois et demi d'un enfant mort et macéré. Sérologie positive. Mise au traitement par le novar.

2e gestation, accouchement en juin 1926, à terme, d'un enfant vivant de 3.500 gr. Sérologie encore positive au début de cette gestation. Trois séries de novar pendant cette gestation.

3e gestation, accouchement à terme d'un enfant vivant de 2.890/600. A reçu deux séries d'oxymuth et une de quinby pendant cette gestation. Réaction sérologique négative le 12-10-27.

Observation XLVIII. — N° 2711-579, 28 ans, primipare.

Envoyée par la Maternité Cognacq pour léger hydramnios.

A. H. : père mort d'une rupture d'anévrysme de l'aorte à 59 ans.

Mère vivante, bien portante. 3 enfants : un mort à 13 ans de ? ; deux vivants : un aliéné et la consultante.

A. P. : premiers pas à 10 mois.

Réglée à 12 ans, céphalée au moment des règles.

1re gestation : D. R. 8 mai 1927, 6e mois. Gros excès de liquide.

Aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Nie toute syphilis acquise, aucun stigmate à l'examen. Réaction sérologique positive.

Une série de novar, 5 gr. 40, accouche à terme d'un enfant de 3.370/500. Réaction sérologique négative le 22-8-28.

Observation XLIX. — N° 2605-247, 22 ans, primipare.

Envoyée par l'hôpital Cochin pour mari hérédo-syphilitique.

A. H. : parents bien portants.

Mère a eu cinq gestations : un avortement de 6 mois ; un enfant mort au bout de quelques heures ; un enfant mort à 5 ans ; deux vivants.

A. P. : née à terme, élevée à l'allaitement mixte. Enfance normale.

Réglée à 12 ans, régulièrement. Pas de syphilis acquise connue.

1re gestation, D. R. du 17 au 20 septembre 1925, 8e mois, ne sent plus remuer depuis deux ou trois jours. Pas d'albumine dans les urines.

A l'examen : adhérence et malformation du pavillon de l'oreille. Bonne denture. Réaction sérologique positive.

Examen du mari : la mère du mari a contracté la syphilis avant son mariage : 1re gestation : accouchement à 7 mois d'un macéré. 2e gestation : traitée pendant cette gestation, accouchement normal, à terme d'un gros enfant. 3e gestation : enfant avec spina bifida, troubles oculaires, sérologie positive, traité par du novar.

Le procréateur ne présente, à l'examen, rien de particulier. Réaction sérologique positive le 30-4-26.

La femme accouche à Baudelocque le 23-5-26 d'un enfant mort et macéré.

Revue le 3-11-26, a reçu deux séries de 914 avec son mari à Cochin.

2e gestation, D. R., 16-9-26. Le 5 février, au 5e mois, sérologie positive.

Le 8 juillet 1927, vue par le S. S. H. à la Maternité, où elle est accouchée à terme le 30-6-27, d'un enfant de 3.940/710. A été traitée à Cochin pendant cette gestation.

L'enfant, bien constitué. Rate perceptible, légère diarrhée. Réaction sérologique négative le 25-2-27.

Observation L. — N° 2409-624, 29 ans, 3e gestation.

Envoyée pour deux enfants morts en bas âge.

A. H. : Mère bien portante.

A eu un avortement et un enfant bien portant, la consultante.

Père mort d'aortite à 53 ans.

A. P. : née à terme.

A l'âge de 5 ans a été très malade, a eu des troubles digestifs.

A 9 ans, devient aveugle. On la soigne par des piqûres, elle recouvre la vue.

A 19 ans, réapparition de taies sur les yeux ; on lui fait des injections intra-veineuses, de cyanure probablement, qui l'améliorent.

1re gestation en 1921, accouchement à terme d'un enfant de 3.750 gr., mis en nourrice il est mort à 1 mois de diarrhée verte.

2e gestation en 1923, accouchement à terme d'un enfant de 3.650 gr. mort à 2 mois de convulsions et de méningite.

3e gestation : D. R. du 22 au 25 mai 1924, bruits du cœur non perçus le 28-9-24.

A l'examen : signe de Gaucher, microdontisme des incisives latérales supérieures, taies de la cornée, réflexes pupillaires et tendineux conservés. Réaction sérologique positive, séro-réaction négative chez le mari.

1re série : 0,15 — 0,30 de novar. Avortement de 5 mois, fait à Baudelocque le 7-10-24, d'un macéré de 330 gr. : placenta 240 gr.

b) : 9 cas avec sérologie négative, dont 3 femmes avaient subi un traitemest antérieur.

Sur ce total de 9 cas : 6 concernent les mères et 3 les pères.

Observation LI. — N° 2702-80, 27 ans, primipare.

Envoyée pour son enfant mort à 3 jours de purpura et melœna. Avait un gros foie.

A. H. : parents bien portants. 12 enfants, 4 tués à la guerre, 8 vivants.

A. P. : aucune maladie dans l'enfance.

Réglée très tard, régulièrement.

1re gestation en 1925, enfant à terme, mort trois jours après la naissance. Réaction sérologique négative chez la mère.

A. H. du côté du procréateur : mère syphilitique, perforation de la voûte palatine, syphilis tertiaire. Fonte des os du nez. A eu plusieurs avortements, 4 enfants vivants.

Père mort de ?

Observation LII. — N° 2711-553, 25 ans, primipare.

A. H. : père mort à 65 ans.

Mère bien portante, sept enfants, 3 vivants, 2 morts en bas âge.

A. P. : née à terme, élevée au sein maternel jusqu'à 5 mois, a marché très tard, vers 2 ans au plus tôt. Enurésie jusqu'à 11 ans.

Réglée à 16 ans.

A 17 ans, a été soignée à l'hôpital Rotschild pour syphilis oculaire. A reçu 25 injections de cyanure de mercure, puis prit de l'iodure de potassium. Pas de réaction sérologique pratiquée, pas de traitement depuis 1925.

Le 4-11-27, gestation de 6 mois, D. R. du 2 au 6 mai 1927. Enfant vivant, pas d'albumine dans les urines.

Cicatrices de kératite interstitielle bilatérale surtout marquée à l'œil droit. Très mauvaise denture, voûte ogivale. Saillie des bosses frontales. Réaction sérologique négative le 28-10-27.

1re série de novar, commencée le 2-11-27.

Le 4 décembre accouche chez elle au 7e mois, d'un enfant mort au bout d'une demi-heure.

2e gestation en 1928, aucun traitement pendant cette gestation.

Accouchement à Baudelocque le 25 octobre 1928, à 7 mois et demi, d'un enfant de 1.730/360, décédé le lendemain.

Observation LIII. — N° 2710-504, 28 ans, 3e gestation.

Envoyée pour avortements antérieurs.

A. H. : parents bien portants.

7 enfants, deux jumeaux morts à 15 jours, un mort du croup à 15 mois, 4 vivants.

A. P. : née à terme. Réglée à 12 ans.

N'aurait jamais été malade.

1re gestation en 1921, avortement de 5 mois.

2e gestation en 1923, accouchement à 8 mois d'un enfant de 1.970 gr., vivant mais difficile à élever.

3e gestation en 1923, avortement spontané de 3 mois.

A l'examen : céphalées fréquentes. Pas de stigmates nets d'hérédo-syphilis, aucun signe de syphilis acquise. Réaction sérologique négative le 19-10-27.

Le procréateur :

A. H. : père mort de P. G. P. à 47 ans. Mère vivante bien portante, 4 enfants, un mort de méningite à 22 mois, trois vivants.

Premiers pas à 1 an, toujours malade. Pas de syphilis acquise connue, aucun signe à l'examen. Pas de stigmates de syphilis héréditaire.

Observation LIV. — N° 2702-23, 26 ans, 3e gestation.

Envoyée pour avortement.

A. H. : père mort à 49 ans. Mère morte à 47 ans, suicide. Deux enfants vivants.

A. P. : née à terme, élevée au sein maternel.

Rougeole, bronchites, toujours fragile.

Réglée à 11 ans et demi, régulièrement.

1re gestation en 1926, avortement d'un mois et demi.

2e gestation en 1927, avortement de 2 mois et demi.

Kératite interstitielle vers l'âge de 7 ans, avec récidive l'an dernier, actuellement on fait tous les deux jours des injections intra-veineuses de cyanure.

A l'examen : voûte ogivale, anarchie dentaire, dents mal sorties, signe de Gaucher, incisives médianes très diminuées. Rien par ailleurs. Réaction sérologique négative le 16-2-27.

Observation LV. — N° 2504-23, 24 ans, 4e gestation.

Envoyée pour avortements successifs et un enfant mort à 16 mois.

A. H. : père vivant. Mère vivante, tous deux ont eu une syphilis acquise avant la naissance de la consultante, ont tous deux une sérologie positive. La mère a fait plusieurs avortements.

A. P. : née à terme, de faible poids, nourrie au sein jusqu'à 6 mois. Premiers pas à 20 mois. Réglée à 12 ans et demi, régulièrement.

1re gestation en 1921, avortement de 3 mois.

2e gestation en 1921, avortement de 3 mois.

3e gestation en 1922, accouchement à terme d'un enfant qui a les « jambes petites et faibles ». Meurt à 6 mois de broncho-pneumonie avec convulsions sans avoir marché. C'est à l'occasion de cette maladie que la mère a appris la syphilis de ses parents.

4e gestation, D. R. 30 octobre, gestation normale.

A l'examen : pas de stigmates d'hérédo-syphilis, réflexes normaux. A déjà reçu 24 injections de cyanure. Réaction sérologique négative.

Reçoit encore 4 injections de novar et le 29 juillet accouche à terme d'un enfant vivant de 3.500/600.

Observation LVI. — N° 2709-437, 3e gestation.

Envoyée pour antécédents syphilitiques.

A. H., père a été atteint de syphilis à l'âge de 18 ans, non traité au début, il est actuellement soigné pour de la P. G. P.

Mère bien portante, un enfant, la consultante.

A. P. : née à terme, réglée à 14 ans.

1re gestation en 1925, avortement d'un mois et demi.

2e gestation en 1926, enfant à terme 3.200 gr.

3e gestation en 1927, avortement d'un mois et demi.

A l'examen : coalescence des sourcils, asymétrie faciale, émail laiteux, dents écartées, réflexes normaux. Réaction sérologique négative.

Le procréateur : aucune maladie antérieure, pas de syphilis acquise connue. Réaction sérologique négative.

L'enfant : âgé de 1 an, né à terme, élevé au sein, ne marche pas, poids 9.800, 6 dents. Foie, rate normaux. Facies anémique, tibias en lame de sabre, nez écrasé à la base.

Observation LVII. — N° 2606-313, 21 ans, primipare.

Envoyée pour enfant mort et macéré.

A. H. : père vivant. Mère vivante, 11 enfants (10 vivants, plus ou moins chétifs), deux avortements. Réaction sérologique positive le 9-6-26.

A. P. : née à terme, premiers pas à un an, réglée à 14 ans.

Première gestation : accouchement à terme le 25 mai 1926 d'un enfant mort et macéré.

A l'examen : céphalées très fréquentes. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis ou de syphilis acquise. Réflexes normaux. Réaction sérologique négative.

Observation LVIII. — N° 2702-111. 3e gestation.

Envoyée pour polyléthalité infantile.

A. H. : pas de renseignements.

A. P. : aucune maladie grave dans l'enfance.

Première gestation en 1925, accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.000/500, mort à 5 mois de méningite.

2e gestation en 1926, accouchement à terme d'un enfant de 3.250 gr., mort à 5 mois.

3e gestation, D. R. octobre 1926, 5e mois.

A l'examen : aucun signe de syphilis acquise, pas de stigmates d'hérédo-syphilis. Réflexes normaux. Réaction sérologique négative le 23-2-27.

Le procréateur a été interné plusieurs fois, son père est mort de P. G. P. Réaction sérologique chez le procréateur : négative.

La femme reçoit 2 séries de novar. et accouche à terme le 31 juillet 1927, d'un enfant vivant de 4.000/800. Réaction sérologique pratiquée le 31-8-27 : négative.

Observation LIX. — N° 448, 19 ans, primipare.

A. H. : parents vivants.

A. C. : deux frères morts de méningite, une sœur bien portante.

A. P. : a eu la scarlatine à l'âge de dix ans. Réglée à 16 ans, irrégulièrement.

Première gestation. DR. du 20 au 23 mai, 7e mois. Gestation avec albuminurie, enfant vivant.

A l'examen : séquelles de Kératite interstitielle, iritis ancien (hérédo-syphilis oculaire, diagnostic du Docteur Morax. Malformations dentaires, surdité légère, voix nasonnée, pas de perforation du voile.

Depuis sa scarlatine, c'est-à-dire, depuis l'âge de dix ans, présente de l'albuminurie, 1 gr. environ par litre. Etait au régime déchloruré depuis quelques années.

A son entrée : céphalée très intense, bourdonnements d'oreille, somnolence, épistaxis. Pas d'œdèmes, urines abondantes.

A l'auscultation du cœur : clangor du 2e bruit à la base. T.A. : 14-9.

2 gr. d'albumine par litre d'urine, 1 gr. 60 d'urée dans le sang. Réaction sérologique négative.

Accouche prématurément le 16-12-26 d'un macéré. Placenta sans infarctus. Femme morte le lendemain.

β) : 5 cas avec évolution normale de la gestation et naissance d'enfants bien constitués, 4 femmes reçurent un traitement pendant la gestation.

a) Chez 2 femmes la sérologie fut positive. Les 2 cas concernent les mères.

Observation LX. — N° 2706-318, 29 ans, 2e gestation.

Envoyée pour réaction sérologique positive.

A. P. : née à terme.

Réglée à 15 ans régulièrement, toujours bien portante.

Première gestation en 1921, accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.250.

2e gestation en 1927, accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.540/480.

Rien de particulier à l'examen de la femme. Aucun stigmate de syphilis. Dit n'avoir jamais rien remarqué de suspect.

A. H. : père mort à 37 ans d'un chaud et froid. Mère vivante.

La grand-mère avait un nourrisson qui avait « quelque chose à la bouche », il a communiqué cette maladie à sa nourrice, mère de la consultante. Elle a eu du mal au mamelon qui a demandé beaucoup de temps à guérir. Le médecin avait dit que c'était un chancre. Il a fait rendre l'enfant à la famille et interdit qu'on donnât d'autres nourrissons à la mère.

En présence de cette histoire, et vu la positivité de la séroréaction, on pose le diagnostic de syphilis héréditaire chez la consultante et l'on institue le traitement.

Première série de novar. en juillet-août 1927, 4 gr. 35. Réaction sérologique refaite le 3 octobre encore positive.

Examen des enfants :

L'aîné, âgé de 6 ans, outre un carabelli bilatéral et des dents écartées à la mâchoire inférieure, ne présente rien de particulier. Réaction sérologique négative.

Le second enfant né en 1927 semble bien constitué : foie, rate, ossification normaux. Point très limité mais très net de craniotabès à gauche.

Observation LXI. — N° 2507-364, 23 ans, primipare.

A. H. : père ? Mère vivante, deux enfants, ne sont pas très bien portants.

A. P. : née à terme, a été malade dans l'enfance, mais ne peut préciser, réglée à 16 ans, irrégulièrement, a été soignée pour syphilis héréditaire à sa naissance.

Première gestation : DR. octobre 1924. Réaction sérologique positive à Bruxelles le 25-6-25. A la suite de cette analyse un traitement de novar est institué.

Accouche le 5-7-25 à terme d'un enfant vivant de 3.530/530 gr., bien constitué, sans aucun stigmate de syphilis cutanée ou viscérale.

b) Chez 3 femmes la sérologie fut négative ; 2 de ces cas concernent les mères seules et 1 la mère et le père à la fois.

Observation LXII. — N° 2712-667, 27 ans, primipare.

Envoyée par la Maternité Cognacq.

A. H. : père décédé par rupture d'anévrysme de la crosse de l'aorte, à l'âge de 56 ans.

Mère décédée de la grippe, a eu cinq gestations dont un avortement pour la première, 4 enfants bien portants.

A. P. : née à terme, nourrie au sein, premiers pas à 14 mois. Réglée à 15 ans, céphalées jusqu'à l'âge de 7 ans.

Nie toute syphilis acquise, jamais d'éruption.

Première gestation. D. R. mai 1927, 7 mois. Gestation normale.

A l'examen : chute de cheveux, lobule de l'oreille adhérent, incisives latérales en grains de riz. Réaction sérologique négative le 21 décembre.

2 séries de novar.

Accouche le 26 février près du terme, d'un enfant vivant de 2720/550.

Observation LXIII. — N° 2762, primipare.

A. H. : père mort à 63 ans, était alcoolique.

Mère vivante : 5 enfants, 2 enfants vivants, 3 morts de méningite avant l'âge de 6 mois.

A. C. : frère réformé pour anémie cérébrale.

A. P. : née à 8 mois et demi, mise en couveuse, convulsions à 9 mois.

A 10 ans et demi paralysie infantile.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

Première gestation, DR. en janvier 1924, consulte à Baudelocque au 6e mois.

A l'examen : voûte un peu ogivale, strabisme, axiphoïdie, coalescence des sourcils, mauvaise denture. Réaction sérologique négative.

Le père du procréateur était atteint de syphilis et s'est suicidé.

La femme reçoit deux séries de novar., et accouche à terme d'un enfant vivant de 2.320. Placenta 510 gr., d'aspect normal.

Observation LXIV. — N° 2405-368, 33 ans, 2e gestation.

A. H. : Père mort ; était atteint de syphilis. Mère vivante. Deux enfants bien portants.

A. P. : scarlatine, rougeole, dans l'enfance.

Réglée à 12 ans.

1re gestation terminée le 10-4-24, par une basiotripsie, enfant de 4.000 gr. :

A l'examen : cheveux implantés bas, inégalité faciale, strabisme léger, inégalité pupillaire. OD<OG. Denture en mauvais état. Réaction sérologique négative le 9-4-24.

2e gestation, D. R. 15-9-24. Trois séries de novar.

Le 18 mai 1925, césarienne conservatrice pour bassin rétréci, extraction d'un enfant vivant de 2.860/450, ne présentant aucun signe de syphilis.

II. *Syphilis probable chez les parents des procréateurs,* 17 observations :

γ) 13 cas avec incidents obstétricaux pouvant être rattachés à la syphilis.

a) : 6 cas avec sérologie positive. Les 6 cas concernent les mères.

Observation LXV. — N° 2703-168, 29 ans, 5e gestation, au 6e mois.

A. H. : Père mort à 41 ans, bacillaire, éthylique.

Mère morte à 31 ans, bacillaire éthylique. A eu 11 gestations : 8 morts en venant au monde ou dans les mois qui suivirent, 2 avortements. La seule enfant vivante est la consultante.

A. P. : Née à terme, premiers pas à 3 ans, réglée à 13 ans.

Ophtalmie à 2 ans, prolapsus anal à 3 ans, zona à 9 ans, convulsions.

A 16 ans, arthrite du genou gauche.

Ptosis de la paupière supérieure gauche. L'ophtalmologiste conclut à la syphilis. Reçoit 3 séries d'injections de cyanure ; grosse amélioration.

A. obst. : 4 gestations ; un accouchement prématuré, 3 accouchements à terme ; 2 enfants vivants ; l'un est bacillaire, le second est bien portant. Deux sont morts, l'un à 5, l'autre à 17 mois.

A l'examen : femme chétive, front saillant, voûte ogivale, réaction sérologique positive. Ne revient pas.

Observation LXVI. — N° 2485 bis, 25 ans, primipare.

A. H. : Père décédé des suites d'otite en 1913, lors de sa vie on aurait suspecté chez lui la syphilis.

Mère vivante, a eu cinq avortements et deux enfants vivants : un, mort à 9 mois de broncho-pneumonie et la consultante.

A. P. : aurait eu, vers l'âge de 3 ans des convulsions, depuis cette époque présente du strabisme, vue très faible de l'œil droit. Stigmates dentaires.

Aurait été déjà suspectée de syphilis héréditaire, une réaction sérologique pratiquée il y a 4 ans, était positive.

A reçu, en 1923, 6 injections de novar. N'a jamais consulté depuis, ne s'est plus fait traiter.

1re gestation : D. R. du 18 au 22 mars, 8e mois. Ne sent plus remuer depuis 15 jours. On n'a jamais constaté d'albumine dans ses urines.

Le 15-11 expulse un macéré de 1.300/250. Réaction sérologique positive le 17-12-27.

Observation LXVII. — N° 2506-313, 34 ans, 7e gestation.

Envoyée pour 4 avortements et gestation en cours.

A. H. : Père mort d'une congestion pulmonaire à 60 ans.

Mère bien portante, 8 enfants, 4 vivants, 1 mort en bas-âge, 1 mort-né, 1 mort subitement à 24 mois.

A. P. : née à terme, élevée au sein maternel. Premiers pas à 18 mois. Convulsions fréquentes ayant entraîné du strabisme.

Réglée à 16 ans et demi, mariée à 18 ans.

1re gestation en 1908, enfant à terme, premier pas à 17 mois, toujours malade.

2e gestation en 1917, enfant à 8 mois, premiers pas à 12 mois, bien portant.

3e gestation en 1918, avortement de 3 mois et demi.

2e procréateur :

4e gestation en 1920, avortement d'un mois et demi.

5e gestation en 1922, avortement de 4 mois et demi.

6e gestation en 1924, avortement de 3 mois.

7e gestation, D. R. 20-9-24.

A l'examen : céphalées constantes depuis l'enfance. Porte des verres depuis l'âge de 6 ans, strabisme. Stigmates dentaires ; malformations des incisives latérales. Réaction sérologique positive.

N'est pas revenue.

Observation LXVIII. — N° 836, primipare.

A. H. : Mère morte de fièvre typhoïde en 1923, 2 enfants dont la consultante et un avortement.

Père mort de broncho-pneumonie grippale en 1924.

A. C. : un frère atteint d'hémiplégie depuis sa petite enfance (constatée à 14 mois).

A. P. : broncho-pneumonie à 3 ans, rougeole à 6 ans.

Pas de syphilis connue d'elle.

A l'examen : stigmates dentaires.

1re gestation en 1925, accouchement à terme d'un enfant vivant de 4.030/620. Réaction sérologique positive.

Observation LXIX. — N° 1859, 31 ans, 4e gestation.

A. H. : Père 58 ans, vivant, bien portant. Mère morte de ?

A. C. : une sœur morte de fièvre typhoïde.

A. P. : aucune maladie.

Réglée à 14 ans, régulièrement, durée 3 jours.

1re gestation, accouchement prématuré de 7 mois et demi, macéré.

2e gestation, accouchement prématuré de 7 mois et demi, macéré.

3e gestation, accouchement prématuré de 7 mois.

4e gestation, D. R. du 10 au 13 mars, une analyse de sang faite est positive, un traitement est institué.

A l'examen : inégalité pupillaire, réflexes à la lumière, paresseux.

Réflexes rotuliens et achilléens normaux. Asymétrie faciale, torticolis congénital. Avait depuis l'enfance du strabisme divergent, très mauvaise denture.

Nie toute syphilis acquise. Réaction sérologique positive.

La femme est traitée pendant toute la gestation et accouche à terme d'un enfant vivant de 3.150/570, ne présentant aucun signe apparent de spécificité.

Observation LXX. — N° 2502-76, 22 ans, primipare.

Femme hospitalisée à la Clinique Baudelocque pour avortement avec sérologie positive.

A. H. : Père vivant, malade, atteint de ? Mère morte paralysée, à 39 ans, a eu 7 enfants : 4 vivants, 3 morts en bas-âge.

A. P. : née à terme, nourrie au sein maternel, premiers pas à 11 mois.

Réglée à 12 ans, régulièrement.

1re gestation en 1925, avortement de 3 mois.

A l'examen : front haut, adhérence du lobule de l'oreille. Signe de Gaucher. Réflexes conservés. Réaction sérologique positive, 2 séries de novar.

2e gestation en 1925, sérologie positive.

Accouche le 11 novembre 1925, à terme, d'un enfant vivant de 3.900/770.

b) 7 cas avec sérologie négative. Les 7 cas concernent les mères.

Observation LXXI. — N° 2502-81, 22 ans, 2e gestation.

A. H. : Père mort de ? Mère morte de ? Mariée deux fois, du premier lit 7 enfants, dont 2 seulement sont vivants, 5 morts de cause

inconnue. Du 2e lit, 3 enfants, dont la consultante, l'un d'eux est mort de ?

A. P. : née à terme, nourrie au sein maternel, assez bien portante, « mais très nerveuse », depuis l'âge de 12 ans et demi, crises d'épilepsie apparaissant irrégulièrement tous les 6 mois environ.

Réglée à 12 ans, régulièrement.

1re gestation, accouchement le 1er mars 1924, à 8 mois d'un enfant vivant de 2.100 gr., nourri au sein, mort à 6 mois de convulsions.

2e gestation : D. R. du 7 au 10 novembre.

A l'examen : outre quelques stigmates dentaires, rien de particulier. Réaction sérologique négative.

2 séries de novar, accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.450/500.

Observation LXXII. — N° 2145, 22 ans, 2e gestation.

A. H. : Mère morte de tuberculose pulmonaire à 40 ans, a eu 11 avortements, la consultante est la seule enfant vivante.

Père vivant.

A. P. : a fait ses premiers pas à 9 mois.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

A. obs. : 1re gestation en 1924, accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.750/720, mort à 6 mois de ?

2e gestation : D. R. mars 1925, à terme. Gestation avec hydramnios : forte tension de la paroi. H. U. : 43 cm., palpation difficile, enfant vivant, urines normales.

A l'examen général : rien de particulier. Pas de stigmates de syphilis acquise ou héréditaire. Réaction sérologique négative.

Accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.790/700, issue d'une grande quantité de liquide amniotique. L'enfant ne présente aucune malformation apparente. Le foie et la rate sont légèrement augmentés de volume.

Observation LXXIII. — N° 281, 6e gestation.

A. H. : Père vivant. Mère morte à 38 ans de tuberculose. 8 gestations : 4 enfants vivants, dont un mort accidentellement et 4 mort-nés.

A. P. : née à terme, élevée au sein maternel. Premiers pas à 1 an. Scarlatine à 15 ans. Céphalées depuis l'enfance.

A l'examen : front olympien. Très mauvaise denture, carabelli à droite, dents striées transversalement.

1re gestation en 1917, accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort deux mois avant l'expulsion.

2e gestation en 1918, accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort au bout de 8 jours.

3e gestation en 1920, accouchement à terme, enfant mort au cours du travail.

4e gestation en 1922, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

5e gestation en 1924, accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

6e gestation en 1926, 0,15 à 0,75 d'albumine dans les urines, quotidiennement pendant toute sa gestation.

A l'examen du cœur : rien de particulier. T. A. 12/7.

Accouchement à terme d'un enfant vivant de 4.260/690.

Dit avoir eu de l'albumine à toutes les gestations. Réaction sérologique négative.

Observation LXXIV. — N° 2711-578, 25 ans, 14e gestation.

Envoyée par la Maternité Cognacq pour avortements antérieurs et gestation en cours.

A. H. : Père mort à 46 ans d'angine de poitrine. N'avait pas eu de rhumatisme articulaire aigu ni d'autre maladie infectieuse.

Mère morte à 42 ans, de congestion cérébrale ?

Deux enfants : l'une est la consultante, l'autre serait soignée pour arriération mentale, est née à 7 mois.

A. P. : née à terme, pesait 4.250 gr. à la naissance. Elevée au sein maternel.

Rougeole et varicelle dans l'enfance.

Réglée à 12 ans et demi.

1re gestation en 1922, avortement de 2 mois.

2e gestation en 1922, avortement de 2 mois.

3e gestation en 1923, enfant très petit, d'après les renseignements donnés il ne semble pas qu'il fût à terme, mort à 5 mois, otite et méningite.

4e gestation en 1927, au 4e mois, pas d'albumine dans les urines.

A l'examen : céphalées constantes depuis l'enfance. Les dents du maxillaire supérieur sont érodées en cupule, les incisives latérales sont en tourne-vis. Le pavillon des oreilles est atypique. Réaction sérologique négative. 2 séries de novar.

Le 10 avril accouche à terme d'un enfant vivant de 2.360/380.

Observation LXXV. — N° 2710-497, 41 ans, 4e gestation.

Envoyée pour polyléthalité infantile.

A. H. : père mort à 67 ans, cardiaque.

Mère bien portante, a eu 11 enfants : trois morts en bas-âge, 8 vivants.

A. P. : née à terme, élevée au sein maternel. Enfance facile. Réglée à 18 ans.

1re gestation en 1920, accouchement à terme, enfant mort d'une méningite à 4 mois et demi.

2e gestation, avortement de 5 mois.

3e gestation, accouchement à terme, enfant mort à 8 ans d'une affection de la colonne vertébrale.

4e gestation, 4e mois.

Depuis l'âge de 26 ans souffre de crises comitiales ? survenant toutes les semaines, avec morsure de la langue, émission d'urines, pithiatisme ? A consulté à la Salpêtrière, où on lui a prescrit du gardénal.

A l'examen : front bombé, mauvaise denture, incisives supérieures érodées, limitation de l'extension du coude droit, la main est pendante, le bras légèrement atrophié. Réaction sérologique négative. Accouchement prématuré au terme de 6 mois d'un enfant vivant, mort rapidement.

Observation LXXVI. — N° 2701-34, 4e gestation.

A. H. : parents inconnus.

A. P. : Enurésie jusqu'à 5 ans.

Réglée à 16 ans et demi.

Aucune notion de syphilis acquise.

1re gestation en 1922, accouchement à 7 mois, enfant mort plusieurs jours avant l'expulsion.

2e gestation en 1924, enfant aux environs du terme, mort avant l'expulsion.

3e gestation en 1925, enfant à terme, mort à 6 mois de rougeole et méningite.

4e gestation en 1926, accouchement à 8 mois et demi, mort à 10 jours d'érysipèle de la face.

A l'examen : céphalées fréquentes dans l'enfance. Incisives supérieures latérales atypiques, érosions en cupule des incisives médianes supérieures. Dents écartées. Adhérence du lobule de l'oreille. Réaction sérologique négative le 19-1-27.

Observation LXXVII. — N° 590, 22 ans, 3e gestation.

A. H. : Père mort à la guerre.

Mère bien portante.

Un frère mort de méningite à 12 ans, après 15 jours de maladie.

A. P. : a marché tardivement à 2 ans.

Dès son enfance troubles dyspnéiques, était facilement essoufflée, ne pouvait jouer avec ses camarades, présentait parfois des douleurs précordiales.

A. obs. : réglée à 13 ans.

1re gestation en 1924 : cette gestation a été marquée par l'apparition de crises de dyspnée nocturne ayant débuté au 3e mois. La gestation se termine à 6 mois par la naissance d'un enfant vivant.

2e gestation en 1925, à partir du 7e mois crises de dyspnée. Au cours du 7e mois la femme ne sent plus remuer, trois jours après elle entre en travail et expulse un enfant présentant des signes de macération récente et pesant 1500 gr., placenta 770 gr. Une réaction sérologique pratiquée à ce moment fut négative. La T. A. était de 9-7 à l'appareil de Vaquez.

3e gestation en 1926, mieux supportée que les précédentes. La femme consulte à Baudelocque au 4e mois de sa gestation, on constate une lésion cardiaque et on l'envoie à la Pitié où elle est vue par le Professeur Vaquez. Celui-ci fait le diagnostic de maladie de Roger.

Accouche au 8e mois d'un enfant vivant de 2.340/480.

L'enfant présente un gros foie et une rate nettement perceptible.

4 cas avec évolution normale de la gestation et naissance d'enfants bien constitués.

a) Chez 2 femmes la séro-réaction fut positive. Les 2 cas concernent les mères.

Observation LXXVIII. — N° 339, primipare.

A. H. : père décédé d'urémie. Mère vivante, cardiaque.

A. C. : trois sœurs, dont une morte d'épilepsie.

A. P. : pas de maladies connues dans l'enfance, pas de scarlatine. Grippe en 1918, sans complications.

Réglée à 15 ans.

A. obs. : 1re gest. D. R. en juillet, 9e mois.

A l'examen : la femme est atteinte de surdité très accusée. Celle-ci serait apparue à l'âge de 16 ans. A été également soignée pour kératite, dont il subsiste des traces à l'heure actuelle.

La gestation, surveillée en ville, a évolué normalement jusqu'au mois

dernier. Il y a un mois environ, la femme remarque que ses jambes enflent le soir, symptôme qu'elle attribue à la fatigue et ne consulte pas. Mais l'œdème allant en s'aggravant elle vient demander son hospitalisation.

Examen obstétrical : présentation de l'extrémité céphalique, tête engagée, bruits du cœur perçus.

A l'examen général : gros œdème des membres inférieurs. Au cœur, clangor du 2e bruit. T. A. 21/11, nuage d'albumine dans les urines.

Par ailleurs : front olympien, mauvaise denture, signe de Gaucher.

Saignée de 400 gr. La T. A. tombe à 12/7. Réaction sérologique positive.

Accouche le 5-3-24 d'un enfant vivant de 2.770/450, ne présentant aucun signe de syphilis apparente.

Observation LXXIX. — N° 2501-53, primipare.

A. H. Père mort de ? Mère morte de néphrite. 16 enfants : 8 morts de méningite tous à 1 an ; 6 avortements ; 2 enfants vivants, dont la consultante.

A. P. : Chorée à l'âge de 12 ans.

Céphalées très fréquentes, surdité, vue faible.

Réglée à 13 ans.

1re gestation en 1925, accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.500/500, élevé au sein, enfant bien constitué.

A l'examen de la femme : dents d'Hutchinson, signe de Gaucher, incisives latérales peu développées, voûte ogivale, réflexes normaux. Sérologie positive le 23-1-25.

b) Chez 2 femmes la séro-réaction fut négative — une d'entre elles avait été traitée avant l'accouchement.

Une des réactions avait été pratiquée après traitement antérieur.

Les 2 cas concernent les mères.

Observation LXXX. — N° 699, 29 ans, primipare.

A. H. : rien de particulier.

A. C. : un frère, 3 sœurs bien portantes, 6 frères et sœurs morts en bas âge.

A. P. : réglée à 11 ans et demi, irrégulièrement, durée 4 jours.

Depuis l'âge de 6 ans, souffre des yeux, a été déjà soignée par des injections intra-veineuses.

A souvent des chutes avec perte de connaissance. Céphalées constantes. Nie toute syphilis acquise.

A. obs. : 1re gestation : D. R. du 2 au 5 septembre 1923. A été malade pendant cette gestation durant 3 mois, aurait eu des phénomènes méningés.

A l'examen : atrophie des incisives latérales supérieures, nez un peu écrasé à la base. Depuis 3 ans, vue moindre, examen du Dr Laval : choroïdite bilatérale avec lésions très étendues et réduction de la vision, choroïdite pigmentaire et atrophique du type spécifique, 9-2-24.

A reçu il y a 2 ans quelques injections de cyanure de mercure. Sérologie négative le 13-2-27.

2 séries de novar., accouche à terme d'un enfant vivant de 3.750/590.

L'enfant présente une teinte subictérique des téguments. Squelette, foie, rate, normaux.

Observation LXXXI. — N° 2711-606, 23 ans, primipare.

A. H. : parents vivants.

La mère a eu 4 enfants et 4 avortements. Sur les quatre enfants la consultante seule a survécu, les 3 autres sont morts en bas âge.

A. P. : née à terme, convulsions dans l'enfance. Cécité par kératite interstitielle durant trois ans. A 16 ans et à 20 ans, injections de cyanure de mercure qui l'ont améliorée.

Première gestation, DR. 15 mars, 8e mois. Gestation normale.

A l'examen : inégalité pupillaire OD < OG, vue nulle de l'œil droit. Ptosis gauche. Microdontisme, atrophie des incisives latérales supérieures. Front bombé. Nervosité extrême. Réactin sérologique négative le 24-11-27.

Une série de novar. et accouche le 22-12-27 à terme d'un enfant vivant de 3.500/550.

CONCLUSION

Nous voyons d'après ces observations que les enfants issus de parents syphilitiques peuvent avoir eux-mêmes des descendants syphilitiques.

1°) Sur 21 cas de syphilis certaine chez les parents de l'un ou l'autre procréateur, les femmes ont présenté 16 fois des incidents obstétricaux pouvant relever de la sy-

philis. La sérologie fut positive chez 7 femmes et négative chez 9 (3 d'entre elles avaient subi un traitement antérieurement).

2°) Sur les 17 cas de syphilis probable chez les parents, il eut 13 fois des incidents obstétricaux pouvant relever de la syphilis. La sérologie fut positive chez 6 femmes et négative chez 7 autres.

Mais il se pose deux questions importantes, la première que nous avons déjà soulevée plus haut : savoir, s'il s'agit bien toujours de syphilis héréditaire chez ces procréateurs issus de parents syphilitiques ; la deuxième, si tous ces incidents obstétricaux doivent être mis sur le compte de la syphilis : nous la discuterons ultérieurement.

C) *Femmes atteintes de syphilis ancienne.*

De toutes les syphilis, celles qui jouent le rôle le plus important en obstétrique sont les syphilis anciennes. C'est avec elles qu'on a journellement à compter en pratique obstétricale. Aussi allons-nous étudier maintenant les résultats de la réaction sérologique dans ces syphilis anciennes.

Nous étudierons d'abord les syphilis anciennes avec manifestations cliniques, non traitées. Ces cas sont relativement peu nombreux et ne s'observent qu'assez rarement dans la pratique obstétricale.

Par contre, les syphilis anciennes latentes que nous verrons ensuite et qui, cliniquement silencieuses, soupçonnables seulement par les incidents obstétricaux, s'observent continuellement et constituent la forme la plus importante de syphilis observée dans les Maternités.

1) Syphilis anciennes connues par l'existence d'accidents tertiaires, quaternaires ou de « parasyphilis » chez la femme.

II observations :

Observation LXXXII. — N° 1470, 7e gestation.

En 1921, lors de sa 6e gestation, consulte à l'hôpital St-Louis pour une ulcération gingivo-labiale. On porte le diagnostic de lésion tertiaire, sérologie négative. Un traitement est institué et la femme accouche à terme d'un enfant mort à 4 mois de méningite.

Les cinq premières gestations se sont terminées :

La première en 1909 par un accouchement à terme d'un enfant vivant, bien portant.

La 2e par un accouchement prématuré d'un enfant mort et macéré.

La 3e en 1914 par un accouchement à terme d'un enfant mort de méningite à 7 mois.

La 4e en 1919 par un accouchement à terme d'un enfant vivant.

La 5e en 1920 par un accouchement à terme d'un enfant mort à 18 mois de méningite.

La 6e en 1921, par un accouchement d'un enfant mort à 5 mois de ?

La 7e en 1925, la femme reçoit 3 séries de novar. et accouche à terme d'un enfant vivant de 3.250/550, bien constitué.

Observation LXXXIII. — N° 2501-50, 36 ans, 5e gestation.

Envoyée pour polyléthalité infantile.

A. H. : parents bien portants.

A. C. 8 frères et sœurs ; 5 vivants, 1 tué à la guerre, deux jumeaux morts en bas âge.

A. P. : née à terme, élevée au sein maternel.

Réglée à 12 ans.

Première gestation en 1910, prématuré de 8 mois, mort et macéré.

2e gestation en 1914, avortement de 2 mois.

3e gestation en 1916, avortement de 2 mois.

4e gestation en 1917, à terme mort à 9 mois de méningite.

5e gestation en 1924, à terme, mort à 3 mois de méningite, on aurait porté le diagnostic de méningite syphilitique.

Syphilis contractée avant le mariage. A subi un traitement insignifiant par quelques injections intramusculaires de ?

Céphalée constante depuis quelque temps. Vue à peu près nulle de l'œil droit depuis 4 ans. Réflexes patellaires, achilléens et pupillaires normaux. Pas de signe de Romberg. Sérologie positive le 21-2-25.

Observation LXXXIV. — N° 2504-202, 27 ans, 4e gestation.

A. H. : Rien de particulier.

A. P. : née à terme, réglée à 12 ans, régulièrement.

A. path. : syphilis contractée en 1915, roséole et plaques muqueuses, sérologie positive, jamais de traitement.

A. obs. : première gestation en 1915, avortement de 3 mois.

2e gestation en 1920, accouchement à terme d'un enfant vivant, mort à 3 mois de ?

3e gestation en 1924, accouchement à 8 mois d'un enfant vivant de 2.170 gr., mort à 2 jours. Sérologie négative.

4e gestation en 1925, céphalées fréquentes, pas de signes de tabès, deux séries de novar., accouchement à terme d'un enfant vivant de 2.900/540 gr.

Observation LXXXV. — N° 253, 26 ans, primipare.

A. H. : rien de particulier.

A. P. : rougeole à 14 ans.

Pas de rhumatisme ni de scarlatine dans les antécédents.

A. obst. : première gestation en 1925, au 4e mois entre à la Clinique pour albuminurie légère. Elle n'a éprouvé avant son entrée aucun trouble fonctionnel, sinon des lipothymies. A trois reprises différentes dans le courant de décembre elle a des vertiges qui l'obligent à s'asseoir pendant quelques minutes.

A l'examen : femme normalement constituée, œdème des membres inférieurs.

Cœur : il existe à la base un souffle systolique assez rude, mais peu intense qui persiste dans toutes les positions, se propage vers la pointe et le long du bord sternal. Pas de frémissement. La pointe bat dans le 5e espace intercostal. Pouls régulier et égal des deux côtés. TA. (Vaquez) 11-7, égale aux deux bras.

Il paraît s'agir d'un souffle d'aortite, malgré l'âge de la malade et bien qu'il n'existe rien dans ses antécédents ni dans l'examen des autres appareils qui puisse l'expliquer. Réaction sérologique positive.

Le 23-12-25, césarienne conservatrice pour bassin rétréci. Extraction d'un enfant vivant de 3.130/610.

Observation LXXXVI. — N° 831, primipare.

A. H. : père inconnu.

Mère morte de complications d'une tumeur blanche.

A. C. : un frère et une sœur, vivants et bien portants.

A. P. : anémie et abcès cutanés multiples à l'âge de 5 ans. Pas d'autre maladie, entendait bien. Surdité venue petit à petit en 1918.

A l'examen de la bouche : grosse perforation du voile. Perte de substance occupant la moitié antérieure de l'organe. Elle est médiane et comprend toute la largeur du voile. Piliers mal développés, pas de

luette, ni d'amygdales. Sur la langue nombreuses zones dépapillées. A subi une amputation de la luette il y a 3 ans et une amygdalectomie double.

Rien au cœur, pas d'albumine. Réaction sérologique positive.

Reçoit 5 injections de novar. et accouche à terme d'un enfant vivant de 3.770/390.

Observation LXXXVII. — N° 1206, 3e gestation.

A. H. : rien de particulier.

A. P. : en octobre 1923 consulte à l'hôpital Pasteur pour une plaie rebelle à la jambe gauche. Il s'agit d'un ulcère gommeux. Réaction sérologique positive. On institue le traitement mais la malade ne le suit pas régulièrement.

Ulcère non encore complètement cicatrisé en 1926. Séro-réaction positive en 1926.

Avortement de 3 mois et demi, le 23-6-26.

Deux gestations précédentes : l'une en 1912, avortement de 4 mois et demi, l'autre en 1920, à terme, enfant mort de broncho-pneumonie à l'âge de 6 mois. Sérologie positive le 9-6-26.

Observation LXXXVIII. — N° 1811, 2e gestation.

Femme ayant un anus artificiel pour syphilome ano-rectal.

Première gestation en 1925, avortement de 3 mois.

2e gestation en 1926, sérologie positive, accouchement à terme d'un enfant vivant de 2.370/390. A été traitée pendant cette gestation.

Observation LXXXIX. — N° 2603-187, 34 ans, 2e gestation.

A. P. : rougeole dans l'enfance.

Réglée à 15 ans.

1re gestation en 1913, accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.800 gr.

2e gestation : D. R. 30 octobre 1925, gestation normale, enfant vivant.

En 1906 en raison d'une laryngite prolongée on suspecte origine tuberculeuse.

En 1926, elle consulte dans le service du Professeur Sébileau, un B.-W. pratiqué est positif, un traitement par des injections intramusculaires est institué (15 injections).

A l'examen : la luette et une partie du voile sont détruis. La face interne de la lèvre supérieure présente une érosion irrégulièrement arrondie, non douloureuse, à fond plat, jaune, bistre, sans adénopathie. Sérologie négative le 31-3-26.

Reçoit deux séries de novar. et accouche à terme d'un enfant vivant de 3.550/520, bien constitué, foie et rate de volume normal.

Revient en novembre 1927, pour une « plaie » à la jambe apparue insidieusement au mois d'août et durant depuis. Il s'agit d'un ulcère rond, syphilis tertiaire.

L'enfant : né lors du 1er accouchement, 13 ans et demi, né à terme en 1913, premiers pas à 13 mois.

Squelette normal, foie, rate non hypertrophiés. Sérologie positive.

Observation XC. — N° 2701-26, 19 ans, 2e gestation.

A. H. : rien à signaler.

A. P. : rougeole dans l'enfance.

Réglée à 13 ans.

1re gestation en 1926, accouchement à 8 mois, enfant mort une demi-heure après la naissance.

2e gestation : D. R. du 12 au 15 juin 1926.

A. path. : en 1926, érosion sur la grande lèvre droite. Consulte dans une clinique où l'on pose le diagnostic de syphilis, reçoit 4 injections de novar., puis cesse de se faire traiter.

A l'examen, en janvier 1927, ulcération ovalaire en surface, un peu cartonnée, de la grandeur d'une amande avec suintement léger, siégeant sur la grande lèvre droite. Un ganglion inguinal à droite. Aucune autre manifestation. Il semble s'agir d'un accident secondo-tertiaire. Réaction sérologique positive le 12-1-27. Reçoit 6 injections de novar. et accouche à terme, à Baudelocque, le 19-3-27, d'un enfant vivant de 3.520/780, ne présentant aucun signe apparent de syphilis.

Observation XCI. — N° 2601-66, 20 ans, 2e gestation.

A. H. : rien de particulier.

A. P. : réglée à 15 ans et demi.

1re gestation en 1925, accouchement prématuré à 8 mois, mort à 2 mois de broncho-pneumonie.

2e gestation : juin 1925, 7e mois.

Syphilis acquise en septembre 1924, chancre, plaques muqueuses, sérologie positive. Reçoit 2 séries de novar. (6 injections à chaque série). Plus de traitement depuis.

Il y a quelque temps s'est installé un enrouement persistant.

A l'examen : aucune manifestation cutanée. Réflexes pupillaires et tendineux normaux. Sérologie positive le 28-1-26. Trois séries de novar. Rapide amélioration de l'enrouement.

Accouchement à terme le 20-3-26 d'un enfant vivant de 3.200/450. Séro-réaction négative le 25-3-26. Revue le 20-9-27. Réaction sérologique positive.

Observation XCII. — N° 2022, primipare.

A. H. : rien à signaler.

A. P. : réglée à 14 ans.

A. Path. : affection oculaire qu'on soigne depuis un an.

A. obs. : D. R. en décembre 1926.

En 1925, la femme subitement a cessé de voir clair. L'oculiste, ainsi que celui de l'hôpital Rotschild où elle consulta ensuite, ont insisté pour un traitement spécifique. Le B.-W. était négatif, mais celui pratiqué avec le liquide céphalo-achidien ; positif. Un traitement fut institué et régulièrement suivi pendant une année. L'amélioration fut rapide, mais céphalées encore fréquentes.

A l'examen : inégalité pupillaire, pupilles réagissant très faiblement à la lumière, la droite ne réagit presque pas. Réflexes patellaires et achilléens conservés. Rien à l'aorte. Sérologie négative.

2 séries de novar. pendant cette gestation.

Accouchement à terme d'un enfant vivant de 3.100/460.

Ainsi, sur 11 observations de syphilis ancienne connue et non traitée, la raéction sérologique s'est montrée positive 8 fois et est restée négative dans 3 cas.

Il est difficile de donner un pourcentage et de tirer une conclusion ferme de ces résultats étant donné la diversité des accidents relatés et le nombre peu élevé des observations. Néanmoins, il semble que ces résultats ne diffèrent guère de ceux qu'on observe en dehors de l'état de gestation.

A propos de ces syphilis anciennes nous devons insister sur le danger qu'elles présentent pour la descendance même si le début de la syphilis remonte à une date très lointaine et que la sérologie est négative. Parmi nos observations, dans deux cas où la sérologie était négative et où la syphilis remontait à plusieurs années, les accidents obstétricaux n'ont pas manqué de se produire.

Klaften et Kalman relatent l'histoire d'une femme qui mit au monde un macéré alors que sa syphilis remontait à plusieurs années et n'avait jamais été traitée. La réaction

sérologique pratiquée lors de l'incident obstétrical resta négative.

M. Lévy-Solal a observé cinq femmes syphilitiques anciennes sans signes cliniques ni sérologiques actuels, qui, non traitées ont eu 18 gestations ayant abouti à : 5 avortements, 3 morts et macérés, 3 mort-nés, 1 enfant mort au cours de la 1re année et 6 enfants vivants dont 3 tarés. Traitées, par la suite, elles ont donné naissance à cinq enfants vivants et apparemment sains, sur cinq gestations.

La négativité sérologique dans les vieilles syphilis ne prouve donc pas leur guérison et la loi de l'atténuation progressive du virus, de Diday-Kassovitz souffre tant d'exceptions, qu'il est difficile de se fier au degré d'ancienneté de la syphilis pour dire que l'enfant naîtra sain. Boas et Gammeltoft ont vu des naissances d'enfants syphilitiques dans des cas où l'infection de la mère datrait de 16, 17, 19 et 20 ans. Marcus a observé deux cas où l'ancienneté de la syphilis maternelle remontait à 24 et à 26 ans.

2°) Syphilis anciennes latentes.

Pour l'étude de ce chapitre sur 9.277 accouchements effectués en 3 années (1924, 1925 et 1926) à la clinique Baudelocque et chez les sages-femmes aggréées, nous avons retenu 1011 cas où un (863) ou plusieurs (148) incidents obstétricaux pouvaient cliniquement être rattachés à la syphilis et pour lesquels on a pratiqué un examen sérologique.

Dans 195 cas la réaction sérologique fut positive.

Dans 816 cas, elle fut négative ; si l'on exclut 42 cas où les femmes avaient subi un traitement antérieur, il en reste 774.

Nous allons étudier les résultats de la séro-réaction pour chaque incident obstétrical à part.

M. le Professeur Couvelaire aime à répéter que ce qui révèle souvent la syphilis des procréateurs c'est la syphilis de l'œuf. C'est en effet fréquemment une syphilis discrète, méconnue, se manifestant avant tout sur le produit de conception.

a) Lésions ovulaires.

α) *Hydramnios.*

L'hydramnios survenant au cours de la gestation, qu'il soit progressif ou aigu, peut relever de la syphilis.

Aussi est-il intéressant d'étudier les résultats que donne la réaction sérologique dans ces cas.

Sur les 3 années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement, on relève 52 cas d'hydramnios. Nous avons éliminé, au préalable, 7 cas d'hydramnios au cours de gestations gémellaires, bi ou uniovulaires.

Les cas étudiés concernent des gros hydramnios et aussi des hydramnios légers étiquetés excès de liquide.

Pour ces 52 cas la réaction sérologique fut :

Positive dans 5 cas et
négative dans 47,
Soit 9,6 % de positivité.

Si l'on exclut 1 cas où la femme avait été traitée auparavant, on obtient 9,7 % de positivité. (1).

Ces cas peuvent être classés de la façon suivante :

1) Sur 9 cas d'hydramnios MM. Lasseur et Vermelin n'obtiennent qu'une seule réaction positive.

	NOMBRE de cas	SÉRO. os.	SÉRO. nég.
1° - Cas où la syphilis est cliniquement certaine. (1)	2	1	1(a)
2° - Cas où la syphilis est cliniquement probable. (2)	10	3	7
3° - Cas où la syphilis est cliniquement possible. (3)	17	1	16
4° - Cas où la syphilis ne paraît pas cliniquement pouvoir être incriminée. (4)	8	0	8
5° - Primipares chez lesquelles l'hydramnios constitue le seul signe suspect.	15	0	5

Discrimination des 5 cas avec sérologie positive.

a) Dans aucun cas il ne s'est agi de syphilis acquise, connue de la femme.

b) Les 5 cas concernent des syphilis anciennes latentes révélées par des antécédents obstétricaux multiples parmi lesquels l'hydramnios.

---

(1) Par cliniquement certains nous comprenons les cas où il existe des antécédents ou des signes actuels de syphilis acquise chez la femme, où encore la constatation d'une sérologie positive, antérieurement à la gestation.

(2) Par cliniquement probables les cas où il existe dans les antécédents la notion d'entremêlement *de plusieurs* incidents comme avortements, accouchements prématurés, gestations antérieures avec hydramnios, avec gros placentas, macérés, malformés, enfants présentant des stigmates viscéraux relevant habituellement de la syphilis, gros enfants, polyléthalité infantile d'étiologie indéterminée.

(3) Par cliniquement possibles : les cas où il existe dans les antécédents obstétricaux de la femme la *notion unique* soit de répétition d'avortements ou d'accouchements prématurés sans cause décelable, soit de naissance d'un malformé, soit d'hypertrophie placentaire dans les accouchements à terme d'enfants bien constitués, soit de polyléthalité infantile d'étiologie indéterminée.

(4) Par syphilis ne paraissant pas cliniquement pouvoir être incriminée, les cas de multipares à antécédents obstétricaux sans rapport avec la syphilis.

(a) La femme avait subi un traitement antérieurement.

β) Hypertrophie placentaire

La caractéristique la plus frappante du placenta syphilitique serait son hypertrophie.

Le Professeur Pinard a insisté à maintes reprises sur le fait qu'un placenta dont le poids dépasse le sixième du poids du fœtus est un placenta syphilitique.

Correo Diaz dans sa thèse (Paris 1891) vulgarisa cette notion qui fut confirmée et admise par la plupart des accoucheurs et des syphiligraphes en France.

Cependant plus tard, Schwaab dans sa thèse (Paris 1896) fit quelques réserves.

Carle n'admet pas l'hypertrophie placentaire comme un signe de syphilis. Il rapporte une statistique particulièrement intéressante ; « en avril 1903, le Professeur Gailleton fut chargé par le préfet du Rhône d'une enquête au sujet de la contamination de 24 nourrices par des nouveau-nés hérédo-syphilitiques, sortis de la Maternité et de la Clinique obstétricale de Lyon.

Voici quels furent les résultats en ce qui concerne les rapports existant entre le poids du fœtus et celui du placenta :

2 fois le rapport est inférieur au rapport normal.
13 fois il est égal à..... 1/6
8 fois il est égal à..... 1/5
1 fois il est égal à..... 1/4
1 fois il est égal à..... 1/2,5 ».

Petit dans sa thèse (Lyon 1904) en utilisant les documents de la Clinique obstétricale de Lyon (Professeur Fabre) trouve que :

1°) Dans 38 cas où le rapport fœto-placentaire s'est trouvé égal à 1/5 et 1/4, rien n'ayant permis d'après l'examen des parents, de croire à la spécificité, aucun traitement n'a été institué chez ces enfants. Ceux-ci, suivis pendant plusieurs mois et revus tous les huit ou quinze jours, n'ont jamais présenté aucune manifestation de syphilis.

2°) Par contre, dans 24 cas de syphilis certaine — 12 fois chez l'enfant seul, 8 fois chez la mère seule, 14 fois chez la mère et chez l'enfant — le rapport fœto-placentaire était égal à 1/6.

Cependant, Girauld, en 1909, en recherchant systématiquement la présence de spirochètes dans les organes et le placenta de tous les fœtus macérés, conclut que l'hypertrophie placentaire relève très souvent de la syphilis quoique la présence de spirochètes y soit très rare. Rappelons que Wallich et Levaditi, constatant la présence de tréponèmes dans la paroi des vaisseaux intraplacentaires en 1906, avaient déjà remarqué que ces tréponèmes n'existaient que dans un seul placenta sur 13 observations de syphilis avérée des parents et des enfants. Cette rareté de présence de spirochètes dans les placentas est peut-être due, comme l'a montré Manouélian, à la phagocytose intense qui se produit dans les fins ramuscules vasculaires et les capillaires du placenta fœtal.

Plauchu, en 1909, rapporte à la Société obstétricale de Lyon une statistique portant sur 279 enfants. Sur 131 cas où le rapport fœto-placentaire était de 1/4 à 1/6, 32 enfants seulement étaient syphilitiques.

Bohni dans sa thèse (Paris 1912) conteste la valeur de l'hypertrophie placentaire comme signe de syphilis.

Laurent dans sa thèse, utilisant les documents de la Clinique Tarnier (Paris 1913) et Labourdette dans la sienne (Paris 1916) concluent que chez les mères manifestement syphilitiques l'hypertrophie du placenta par rapport au poids fœtal est minime et que l'hypertrophie placentaire en dehors de toute lésion objective n'est pas un signe de syphilis.

M. Lévy-Solal en 1926, utilisant les documents (176 observations) de la clinique Baudelocque et en se basant sur la réaction sérologique trouve :

1°) Qu'en considérant uniquement le rapport fœto-placentaire, dans 56,2 % des cas, la syphilis peut être affirmée.

2°) Qu'en se basant sur le poids relatif du placenta (placenta de plus de 700 gr.) dans 54,8 % des cas, l'hypertrophie placentaire permet de dépister la syphilis.

MM. Lasseur et Vermelin, utilisant les documents (148 observations) de la Clinique obstétricale de Nancy (Professeur Fruhinsholz) et en se basant sur le seul rapport fœto-placentaire et la réaction sérologique obtiennent :

1°) Dans les cas d'hypertrophie placentaire coexistant avec d'autres antécédents obstétricaux 57,5 % de résultats positifs lorsque ce rapport est de 1 : 4,5 et au-dessus et 32 % de résultats positifs lorsque ce rapport s'abaisse au-dessous de 1 : 4,5.

2°) Dans les cas d'hypertrophie placentaire sans signes cliniques, 4,3 % de résultats positifs.

Voyons maintenant nos résultats.

Voici d'abord quelques observations où la syphilis semble devoir être en cause et où la réaction sérologique est restée négative :

Observation XCIII. — N° 38, 3e gestation.

Accouchement spontané au début du 9e mois. Excès de liquide. Enfant présentant de l'ascite, mort peu après la naissance.

A. H. : Père mort de ?

Mère bien portante, 3 enfants bien portants.

A. P. : fièvre typhoïde, à 20 ans.

Pas de syphilis connue d'elle.

1re gestation en 1922, accouchement prématuré d'un macéré.

2e gestation en 1924, accouchement prématuré à 7 mois d'un macéré.

3e gestation en 1926, D. R. 24-28 avril : 8 mois. Gestation avec gros excès de liquide. Urines normales.

Accouche d'un enfant vivant de 2.680/660. On est frappé par le volume exagéré de l'abdomen de l'enfant, ascite. Foie dépassant l'ombilic, rate volumineuse, fait quelques inspirations, se cyanose et meurt une demi-heure, environ, après la naissance. Le placenta est pâle, friable.

L'interrogatoire est très difficile, la femme ne parlant pas le français. L'examen montre une abolition complète des réflexes rotuliens

et achilléens. Les pupilles réagissent normalement à la lumière et à la distance. Pas de signe d'Argyll. Réaction sérologique négative.

Observation XCIV. — N° 2379, 34 ans, 4e gestation.

Application de forceps pour souffrance fœtale.

Enfant mort-né 3970/750.

A. H. : rien à signaler.

A. C. : 13 frères et sœurs, 4 seulement sont vivants.

A. P. : a commencé à faire ses premiers pas à 1 an, interruption, puis reprise à 3 ans. Elle se rappelle avoir marché en cerceau. Il semble qu'elle ait eu une atteinte de rachitisme, dont elle conserve peu de signes. Nie toute syphilis acquise.

1re gestation en 1910, accouchement à terme d'un enfant mort et macéré.

2e gestation en 1922, accouchement à terme d'un enfant mort à 3 ans de méningite.

3e gestation en 1923, accouchement à terme ; enfant mort à 5 ans, de méningite.

4e gestation en 1926, bien supportée, jamais d'albumine dans les urines.

Accouchement le 21 décembre, application de forceps pour souffrance fœtale, enfant mort-né. A l'examen, hydrocèle bilatérale, le foie semble très gros et la rate n'est pas perçue. Le placenta pèse 700 gr., il est très pâle. Réaction sérologique négative.

Observation XCV. — N° 1654, 26 ans, 2e gestation.

A. H. : Mère morte de néphrite.

A. C. : 2 frères, dont un qui a eu des convulsions à 6 semaines.

A. P. : réglée à 12 ans.

Aurait été soignée pour anémie dans l'enfance. Pleurésie à 20 ans. Céphalées fréquentes, jamais d'éruption.

1re gestation : accouchement prématuré à 6 mois d'un enfant mort rapidement.

2e gestation en 1926, à 5 mois menace d'avortement, consulte à la Clinique Baudelocque où ne trouvant aucune explication à cet incident et vu la terminaison de la gestation précédente, on institue un traitement anti-syphilitique.

Le 1er août, accouchement spontané d'un enfant vivant de 3.770/740.

Pas d'albuminurie pendant le gestation, ni lors de l'accouchement. Réaction sérologique négative chez la femme.

Observation XCVI. — N° 203, 39 ans, 7e gestation.

A. H. : rien à signaler.

A. C. : 4 sœurs et frères bien portants, un frère mort à la guerre, une sœur morte à 42 ans de fluxion de poitrine.

A. P. : Réglée à 14 ans, dit n'avoir pas été malade sauf « anémie cérébrale » (céphalée, amnésie) en 1914.

Première gestation en 1909, accouchement à terme, macéré, pas d'albumine pendant la gestation.

2e gestation en 1911, accouchement prématuré d'un enfant de 2.250, élevé au sein, mort à 6 semaines d'athrepsie.

3e gestation en 1913, à terme, mort-né de 4.000 gr. (siège).

4e gestation en 1914, avortement de 3 mois.

5e gestation en 1915, avortement de 3 mois.

6e gestation, DR. du 24 au 28 avril à terme.

A l'examen, aucun signe de spécificité en évolution.

S. N. : réflexes normaux, pupilles égales réagissant normalement à la lumière.

Cœur, poumons normaux. Urines normales, Réaction sérologique négative. Cependant, vu les antécédents obstétricaux de la femme un traitement avait été institué au 5e mois de la gestation, 3 injections de novar. et 8 de quinby.

Accouchement à terme le 4-11-25, au forceps d'un enfant vivant de 3.550/620 ne présentant aucun signe de syphilis. Chevauchement pariéto-occipital et un certain degré d'asymétrie faciale.

Observation XCVII (in Lévy-Solal). — Résumée ; un enfant naît dans de bonnes conditions mais avec un placenta qui attire l'attention.

L'enfant pèse 3.750 gr. et le placenta 700 gr. Quelques jours après la naissance, cet enfant nourri au sein se développe mal, son accroissement pondéral est irrégulier, on le soumet au traitement hydrargyrique et tout rentre dans l'ordre. Or l'examen le plus attentif ne décèle aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire chez le père ou chez la mère ; leurs analyses de sang sont négatives par la méthode sensible au sérum frais. Le grand'père maternel alors examiné avoue une syphilis antérieure à la naissance de sa fille ; il a d'ailleurs eu récemment une gomme syphilitique et son analyse de sang est positive. (Gynéc. et Obst., 1923, T. IV).

Voici maintenant les résultats de notre pourcentage : sur les 3 années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement, nous avons relevé, en série continue, 345 placentas parmi

lesquels 23 observés chez des albuminuriques, où la discordance fœto-placentaire indiquait un rapport s'écartant du chiffre normal correspondant au poids de l'enfant suivant l'âge, d'après le barème établi par M. Lévy-Solal dans son travail sur les rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire. Les chiffres que nous avons obtenus sont consignés dans le tableau suivant :

	4.500 et plus	4.000 à 4.500	3.500 à 4.000	3.000 à 3.500	2.500 à 3.000	2.000 à 2.500	1.500 à 2.00	1.000 à 1 500
Rapport fœto-placentaire normal.....	1/6,47	1/6,27	1/6,18	1/6,06	1/5,54	1/5,24	1/4,38	1/3,53
Nombre de cas étudiés par nous.....	5	23	119	112	42	27	13	4

Dans nos cas le rapport fœto-placentaire fut toujours sensiblement inférieur au chiffre normal.

1°) En nous basant uniquement sur le rapport fœto-placentaire nous avons divisé ces 345 observations en deux catégories :

a) Dans une première catégorie nous avons étudié les cas dans lesquels, outre la discordance du rapport fœto-placentaire existent d'autres antécédents obstétricaux suspects ; accouchements prématurés, macérés, avortements à répétition, etc..., ainsi que les cas où existent chez la femme des antécédents pathologiques certains ou suspects ; syphilis acquise récemment ou syphilis ancienne, stigmates d'hérédo-syphilis, affection de nature syphilitique.

Nous avons relevé 150 cas de cette catégorie.

La réaction sérologique fut positive 47 fois et négative 103 fois. Soit 31 % de positivité.

Si l'on exclut 14 cas où il y eut traitement antérieur, on obtient 34,5 % de positivité.

Nous avons essayé de faire la discrimination de ces cas suivant l'âge de la syphilis, les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

	NOMBRE de cas.	SÉRO os	SÉRO nég.
1° - Syphilis acquise pendant la gestation. (1)	4	4	0
2° - Syphilis récente.	8	3	5 (2)
3° - Syphilis ancienne cliniquement certaine.	19	9	10 (3)
4° - Syphilis ancienne probable.	54	20	34
5° - Cas dans lesquels l'histoire clinique est muette.	66	11	55

(1) — Chez les femmes ayant contracté la syphilis lors de la gestation, on trouve dans 33 cas sur les 40 cas que nous avons étudiés au chapitre I, p. 21 :

22 fois un rapport fœto-placentaire égal ou supérieur au chiffre normal correspondant ;

11 fois un rapport fœto-placentaire inférieur au chiffre normal correspondant.

— Chez les femmes atteintes de syphilis ancienne avec accidents évolutifs, on trouve dans 9 cas sur les 11 que nous avons étudiés au paragraphe B, p. 80 :

6 fois un rapport fœto-placentaire égal ou supérieur au chiffre normal correspondant ;

3 fois un rapport fœto-placentaire inférieur au chiffre normal correspondant.

— Chez les syphilitiques héréditaires avec sérologie positive), dans 14 cas sur les 19 étudiés au paragraphe C, p. 53, le rapport fœto-placentaire fut :

9 fois égal ou supérieur au chiffre normal correspondant ;

6 fois inférieur au chiffre normal correspondant.

(2) 4 de ces femmes avaient été traitées antérieurement.

(3) Les 10 femmes avaient subi un traitement antérieur ; dans 2 cas la syphilis avait été contractée autrefois et dans 8 elle fut découverte à propos d'incidents obstétricaux survenus lors des gestations précédentes et la sérologie fut alors positive.

b) Dans la seconde catégorie, nous avons classé les cas où, seule, la discordance du rapport fœto-placentaire attirait l'attention et faisait pratiquer un examen sérologique, sans l'existence d'aucun autre signe suspect, aussi bien du côté de l'enfant que du côté de la mère.

Nous avons ainsi réuni les multipares ayant eu précédemment des accouchements à terme d'enfants vivants et s'étant bien développés, et les primipares chez lesquelles la gestation a évolué normalement et chez lesquelles on n'a constaté à aucun moment de particularité du côté de l'œuf, autrement dit pas d'hydramnios.

Ces observations sont au nombre de 195, avec 13 réactions sérologiques positives et 182 réactions négatives, soit 6,6 % de positivité.

2°) Si nous prenons comme base de classification non pas le rapport fœto-placentaire mathématiquement calculé, mais les placentas pesant plus de 650 grammes — ce qui permet d'éliminer les causes d'erreur pouvant être dues au sang accumulé dans les vaisseaux fœtaux et dans les espaces intervilleux maternels — avec enfants pesant moins de 4.000 grammes, nous trouvons 215 cas de cette catégorie (1).

Là encore, nous avons divisé les cas en :

1°) Ceux où, avec l'hypertrophie placentaire, coexistent d'autres antécédents obstétricaux suspects chez la femme,

---

— (1) Chez les femmes ayant contracté la syphilis lors de la gestation, 4 fois sur les 40 cas que nous avons étudiés au chapitre I, p. 21, le placenta pesait plus de 650 grammes, pour un enfant de moins de 4.000 grammes.

— Chez les femmes atteintes de syphilis ancienne avec accidents évolutifs, 1 fois sur les 11 cas étudiés au paragraphe B., p. 80, le placenta pesa plus de 650 grammes pour un enfant de moins de 4.000 grammes.

— Chez les syphilitiques héréditaires (avec sérologie positive), dans 2 cas sur les 19 que nous avons étudiés au paragraphe C, p. 53, le poids du placenta fut supérieur à 650 grammes pour un enfant de moins de 4.000 grammes.

ou encore la notion de syphilis contractée par elle, récemment ou autrefois.

Le nombre de ces cas est de 80 ; la réaction sérologique fut positive 24 fois et négative 56 fois, soit 30 % de positivité.

Si l'on élimine 7 cas où il y eut traitement antérieur, on obtient 32,8 % de positivité.

2°) Ceux où l'hypertrophie placentaire constitue un signe isolé.

Dans ce groupe, nous avons compris les multipares ayant eu précédemment des accouchements à terme d'enfants vivants et bien portants et les primipares chez lesquelles, outre l'hypertrophie du placenta l'examen ne révéla rien de spécial.

Leur nombre est de 135 avec :

6 réactions sérologiques positives et 129 négatives, soit 4,4 % de positivité.

Nous devons encore dire un mot des résultats que fournit la réaction sérologique dans les placentas au niveau desquels on trouve des lésions microscopiques vasculaires (endartérite et endophlébite) avec ou sans présence de tréponèmes. On sait que certains auteurs, les Américains en particulier, attachent une très grande importance diagnostique aux lésions histologiques du placenta. Pour Whitridge Williams, elles constitueraient un signe de syphilis plus sûr encore qu'une réaction sérologique positive chez la mère, et permettraient d'affirmer, à coup sûr, et en l'absence de tout autre signe, la syphilis des procréateurs et celle de l'enfant. En effet, au cours de ses recherches sur la séro-réaction chez la femme gravide, il compare par différents procédés les résultats obtenus d'une part avec la séro-réaction, et d'autre part ceux fournis par l'examen microscopique des placentas, l'examen clinique des enfants, l'autopsie des mort-nés ou de ceux qui succombèrent les premiers jours de leur naissance, et remarque une concordance des

résultats dans 80 à 90 % des cas entre les constatations microscopiques du placenta et les manifestations cliniques de la syphilis chez l'enfant, ainsi qu'entre l'examen microscopique des placentas et les résultats des examens anatomo-pathologiques des enfants morts de syphilis. Williams en conclut que l'examen microscopique du placenta a une valeur absolue.

En comparant, d'autre part, le chiffre des réactions positives constatées chez un nombre déterminé de femmes avec les résultats obtenus à l'examen microscopique des placentas, il constate une concordance des résultats dans 42 % des cas. Il en conclut que la réaction sérologique a moins de valeur que l'examen microscopique du placenta.

Or, le même auteur cite 109 cas (dont 44 ayant subi un traitement) de femmes gravides ou récemment accouchées, avec réaction sérologique négative, mais qui ont eu la syphilis antérieurement ou dont les enfants présentaient des signes de syphilis évidente, ou encore dont le mari présentait une séro-réaction positive.

Sur ces 109 cas, il y avait 41 placentas microscopiquement syphilitiques ; dans deux cas seulement un traitement avait été institué. D'ailleurs, dans 19 cas, l'autopsie de l'enfant montrait des lésions syphilitiques typiques.

b) Lésions fœtales

α) *Mort du fœtus* in-utero

La syphilis est avant tout fœticide, a-t-on dit.

C'est en effet la cause, de beaucoup la plus importante, de la mort du fœtus in utéro. Il va sans dire qu'elle n'est pas la cause unique, la mort du fœtus pouvant relever d'une autre étiologie, mais elle reste néanmoins la cause la plus fréquente.

M. le Professeur Couvelaire insiste sur la difficulté extrême d'établir avec quelque précision le bilan de la mortalité fœtale par syphilis congénitale.

En 1920, il constate que sur 100 enfants morts au cours de la gestation, du 6e au 9e mois de la vie intra-utérine, 41 étaient des enfants de syphilitiques avérés et 17 dont les procréateurs étaient suspects de syphilis.

En 1927, reprenant ses recherches, l'auteur remarque qu'à la Clinique Baudelocque, sur 1.000 naissances observées en série continue, dans le service d'accouchement et chez les sages-femmes agréées, le nombre de fœtus morts pendant le troisième trimestre de la gestation a été :

De 1900 à 1910, de 25.

De 1919 à 1927, de 17.

Il y a donc eu presque moitié de diminution et il l'attribue principalement à la diminution de la mortalité par syphilis, en rapport avec le gros effort réalisé dans le traitement prophylactique de la syphilis congénitale, par la création du Dispensaire antisyphilitique.

Whitridge Williams, en 1915, après avoir étudié les morts fœtales et infantiles dans une série de 10.000 accouchements consécutifs, conclut que la syphilis est à elle seule la cause la plus importante et constitue le facteur étiologique dans 26 % des enfants morts entre la fin du 7e mois de la gestation et les 15 premiers jours après la naissance

En 1920, il trouve un chiffre plus élevé, celui de 34,4 %. De plus, il remarque que la syphilis est responsable d'un nombre de morts deux fois plus élevé que la dystocie, et de presque autant que les trois causes les plus communes réunies : la dystocie (1), la toxémie et la prématurité. Ces dernières seraient responsables dans 37 % des cas et la syphilis dans 34,4 % (2).

(1) Dans ce groupe sont compris les cas où la mort est survenue à la suite d'une cause obstétricale : longueur du travail, procidence du cordon, traumatisme à la suite de manœuvres d'intervention.

(2) Ce chiffre concerne la totalité des cas, c'est-à-dire 99 femmes blanches et

Bartholomew, en 1918, en examinant 40 cas de macérés constatés sur 1500 accouchements, trouve que la syphilis est la cause dans un tiers des cas, au moins, de morts fœtales survenant du 7e au dernier mois de la gestation.

Généralement, le fœtus mort par septicémie tréponémique est retenu dans la cavité utérine plus ou moins longtemps avant d'être expulsé, d'où sa macération presque constante. Il va sans dire que rétention et macération fœtale ne sont pas nécessairement dues à la syphilis ; mais comme c'est de toutes les étiologies la plus fréquente, nous ne considérerons ici que les mort-nés macérés, constatés à la Clinique Baudelocque même, ce qui nous permettra, en tout cas d'éliminer les enfants morts lors du travail.

Rappelons à ce propos que Girauld, en 1909, dans le but d'établir, sur les données bactériologiques, la part qui revient à la syphilis dans la genèse de la macération fœtale, a recherché systématiquement le spirochète de Schaudinn, dans le foie de tous les fœtus macérés. Sur 125 macérés expulsés prématurément ou à terme, il constata dans 64 % des cas l'existence de spirochètes dans le foie. Et il considère cette proportion comme un minimum à cause de l'imperfection des méthodes qui ne permettent pas toujours à coup sûr, de mettre le tréponème en évidence. Cet auteur admet que, dans les 2/3 des cas, macération fœtale signifie syphilis du fœtus, même lorsque la mère ne présente aucun symptôme objectif ou commémoratif de cette maladie, même lorsque la réaction sérologique reste négative.

---

203 noires. Si on les considère séparément, on obtient 12,2 % de mortalité pour la race blanche et 45,23 % pour la race noire. Ce chiffre de 12,12 % reste encore supérieur à celui dû à toutes les autres causes (toxémie, 11,55 %, prématurité 10,59 %, causes inconnues 8,6 %, insertion vicieuse du placenta et décollement prématuré du placenta 5,28 %) et est aussi élevé que celui causé par la dystocie (15,20 %).

Voyons maintenant nos résultats :

Sur les 3 années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement nous avons relevé 96 macérés pour lesquels a été pratiquée une réaction sérologique.

Sur ce total de 96 cas il existe 21 réactions sérologiques positives.

Si l'on élimine 20 cas où l'albuminurie maternelle peut être invoquée et 3 cas où la mort du fœtus semble devoir être rattachée à la strangulation (plusieurs tours de circulaires très serrés autour du cou) il reste 73 cas d'étiologie indéterminée.

La réaction sérologique fut pour ces

$$73 \text{ cas} \begin{cases} 21 \text{ fois positive et} \\ 52 \text{ fois négative.} \end{cases}$$

Soit 28,7 % de positivité.

Si l'on exclut 3 cas où les femmes avaient subi un traitement antérieur on obtient 30 % de positivité.

Classement de ces cas :

	NOMBRE de cas	SÉRO. (pos.	SÉRO. nég.
1°- Cas où la syphilis est cliniquement certaine	3	1	2 (1)
2°- Cas où la syphilis est cliniquement probable	23	10	13 (2)
3°- Cas où la syphilis est cliniquement possible	14	2	12
4°- Cas où la syphilis ne paraît pas cliniquement pouvoir être incriminée.	5	1	4
5°- Primipares.	28	7	21

(1) Les deux femmes avaient subi un traitement qui négativa leur sérologie.
(2) Une de ces femmes avait été traitée antérieurement.

Discrimination des 21 cas avec sérologie positive suivant l'âge de la syphilis.

1°) Dans 1 cas il s'agit de syphilis contractée peu de temps avant la gestation et insuffisamment traitée.

2°) Dans les 20 autres cas il s'agit de syphilis ancienne latente révélée uniquement par les antécédents obstétricaux.

β) Gros enfant.

Pour le Professeur Pinard, le gros enfant peut relever de la syphilis : « Je me méfie du gros enfant surtout lorsqu'il s'accompagne d'un gros placenta et d'un excès de liquide ».

Par gros enfant nous entendons les cas où l'enfant, à la naissance, dépasse 4.000 gr.

Dubois dans sa thèse, rapporte qu'il a plus fréquemment trouvé des enfants morts et macérés parmi les gros enfants que dans la moyenne générale.

Pour Auclair, la syphilis peut être affirmée ou très probable dans 30 % des cas.

Raymond pense que dans l'étiologie du gros enfant, la syphilis joue un rôle prépondérant, que dans 10 à 20 p. 100 des cas elle est confirmée par la réaction sérologique, et dans 40 à 50 % des cas elle est cliniquement certaine.

Nombre d'auteurs admettent le gros enfant comme physiologique s'il est issu de parents de grande taille et de forte corpulence et l'excès de liquide et le gros placenta comme un élément de développement exagéré de l'œuf en général. Par contre, pour le Professeur Pinard, l'hypertrophie placentaire et l'augmentation de la quantité de liquide amniotique jointes au gros enfant traduisent l'atteinte de l'œuf par la syphilis dans tous ses éléments.

Nous avons étudié 95 observations dont 1 gros enfant chez une diabétique et 1 gros enfant chez une mère tuberculeuse.

Pour ces 95 cas, la réaction sérologique fut :

10 fois positive et

85 fois négative.

Soit 10,5 % de positivité.

Si l'on exclut 6 cas où les femmes avaient subi un traitement antérieur, on obtient 11,2 % de positivité.

Classement de ces cas :

	NOMBR de cas	SÉRO. pos.	SÉRO. nég.
1° - Cas où la syphilis est cliniquement certaine	10	4	6 (1)
2° - Cas où la syphilis est cliniquement probable	10	1	9
3° - Cas où la syphilis est cliniquement possible	21	2	19
4° - Cas où la syphilis ne paraît pas cliniquement pouvoir être incriminée.	37	2	35
5° - Primipares chez lesquelles seule la naissance d'un gros enfant attire l'attention sans l'existence d'aucun autre signe pathologique chez la mère ou chez l'enfant.	17	1	16

Discrimination des 10 cas avec sérologie positive suivant l'âge de la syphilis (2).

(1) — Les 6 femmes avaient subi un traitement antérieur.

(2) — Chez les femmes ayant contracté la syphilis pendant la gestation, aucune des 33 femmes, sur les 40 cas que nous avons étudiés au chapitre I, p. 21, n'eut d'enfant de 4.000 grammes.

— Chez les femmes atteintes de syphilis ancienne avec accidents évolutifs, chez aucune des 9 femmes sur les 11 cas étudiés au paragraphe B, p. 80, on ne constata d'enfant de 4.000 grammes.

— Chez les syphilitiques héréditaires (avec sérologie positive), paragraphe C, p. 53, chez 1 femme sur les 19 cas étudiés, naquit un enfant de 4.030 grammes.

Mais il faut remarquer que toutes ces femmes furent traitées dès que le diagnostic de syphilis fut posé, donc plus ou moins longtemps avant l'accouchement.

1°) Dans 7 cas il s'agit de syphilis ancienne latente révélée par des antécédents obstétricaux nombreux parmi lesquels la naissance d'un gros enfant.

2°) Dans 3 cas il s'agit de syphilis ancienne latente révélée uniquement par la naissance d'un gros enfant ; 2 fois chez des multipares ayant eu précédemment des accouchements à terme d'enfants bien portants ; une fois chez une primipare.

γ) Lésions syphilitiques du nouveau-né.

Souvent ni l'évolution de la gestation, ni l'accouchement, ni le placenta, n'ont rien présenté d'anormal et seul l'état de l'enfant a révélé la syphilis des procréateurs.

Il est intéressant de constater qu'il existe des cas avec lésions admises comme syphilitiques par tout le monde et où la séro-réaction maternelle peut rester négative (1).

Observation XCVIII. — N° 2401-50, 21 ans, 2e gestation.

Femme ayant accouché prématurément au 8e mois, d'un enfant vivant présentant des bulles de pemphigus plantaire et palmaire. Rien de particulier dans les antécédents de la mère.

Première gestation en 1921, accouchement à terme d'un enfant de 2.000 gr., élevé au sein maternel jusqu'à 9 mois, mort 10 jours après la suppression de l'allaitement maternel.

2e gestation en 1923, surveillée à Baudelocque, semble évoluer normalement mais se termine prématurément au 8e mois par la naissance d'un enfant vivant de 2.270/570. L'enfant présente des bulles de pemphigus plantaire et palmaire, mort au bout d'une heure. Le placenta a l'aspect de chair à saucisse, il pèse 570 gr.

A l'autopsie : foie : 135 gr., rate : 8 gr. Pas de tréponèmes à l'examen des coupes.

L'examen de la mère ne révèle aucun stigmate de syphilis. Réaction sérologique négative.

Le procréateur ne présente également rien à l'examen, mais sa réaction sérologique est fortement positive.

---

(1) Whitridge Williams a vu naître 3 enfants porteurs de lésions évidentes de syphilis héréditaire, alors que les mères présentaient une réaction sérologique négative. Johns Hopkins Hospital Bulletin, octobre 1920, p. 337.

Les hémorragies que l'on peut observer chez le nouveau-né ne relèvent souvent pas de la syphilis, en particulier celles qui apparaissent les premiers jours après la naissance. M. Vignes a vu des melœnas guérir rapidement par la simple transfusion de sang maternel total dans le sinus longitudinal supérieur, sans qu'aucun traitement antisyphilitique ait été institué. Tous les accoucheurs en ont d'ailleurs vu guérir sans aucun traitement. Mais dans certains cas de melœnas survenant tardivement, surtout vers le 8e ou 9e jour après la naissance, la syphilis peut être en cause. D'ailleurs, à ces melœnas d'origine syphilitique, s'ajoutent souvent d'autres signes de cette infection tréponémique.

Nous citerons à ce propos une observation particulièrement intéressante :

Observation XCIX. — N° 932, primipare.

A. H. : parents bien portants, 2 enfants vivants bien portants.

A. physio : premiers pas à 12 mois. Réglée à 15 ans. Aucune maladie.

Première gestation, DR. du 2 au 5 août, 9e mois.

A l'examen : bégaiement très accentué. Pas d'éruption, bonne denture, pas de céphalée, réflexes normaux, rien au cœur ni ailleurs. Réaction sérologique négative en mars 1928.

Le 3 mai la femme accouche spontanément d'un enfant vivant pesant 3.100, bien constitué. Placenta 500 gr.

Pendant les premiers jours l'enfant crie bien, mais ne veut pas téter puis tète difficilement. Les selles sont normales, rien de particulier au niveau des téguments.

Le 10, au matin, l'enfant à des cris plantifs et refuse de prendre le sein. A l'examen, on constate des petites macules rouges au niveau de la plante des pieds, de la grosseur d'une lentille. Quelques-unes au niveau de la paume des mains. Rate augmentée de volume, dépassant largement les fausses-côtes. Foie gros atteignant presque l'ombilic. Œdème sus-pubien. Hérédo-syphilis très probable, frictions mercurielles à commencer.

Le 14 mai, état général grave. Pâleur extrême, fontanelle dépressible, selles sanglantes. Montré à M. le Professeur Couvelaire qui or-

donne une injection de sang maternel. Le soir, hémorragie intestinale abondante.

Le 15 mai, enfant très pâle avec début de refroidissement des extrémités. On se prépare à lui faire une transfusion de sang maternel quand il meurt.

Autopsie faite 45 h. après la mort :

Foie 210 gr., rate 45 gr., tube digestif, ouvert de bout en bout ; estomac normal, intestin grêle : à 12 cm. de la valvule iléo-cæcale ; lésions macroscopiques hémorragiques très nettes.

Gros intestin : lésions très intenses sur le cæcum dont la lumière est remplie de sang. Un prélèvement a été fait à ce niveau, mais le contact du méconium sur la muqueuse cæcale a entraîné des lésions qui ont rendu l'examen histologique impossible. Les lésions diminuent à partir du côlon transverse pour devenir inexistantes sur le descendant.

Examen histologique : pylore, intestin : en tenant compte des altérations « post-mortem » la coupe ne présente aucune modification pathologique tant au niveau de la musculature qu'au niveau de la muqueuse.

Ganglions cervicaux : nombreuses hématies dans les mailles du réticulum ganglionnaire. Les follicules : pauvres en lymphocytes.

Thymus : normal ; testicule : normal ; poumons : hépatisation rouge ; rein : tissu conjonctif farci de lymphocytes ; surrénale : trop altérée ; rate : congestion énorme de l'organe, les hématies forment le fond de la coupe sur laquelle les leucocytes dessinent un semis clair, les follicules de Malpighi sont diminués de volume et laissent, par défaut de lymphocytes, transparaître le squelette conjonctif.

Pancréas : travées conjonctives, anormalement épaisses et ramifiées.

Foie : travées de Remak réduites à de petits îlots de cellules contenant des grains de pigment, îlots séparés par des travées conjontivo-vasculaires où l'on rencontre un grand nombre de lymphocytes, ça et là, et souvent autour des vaisseaux, des amas lymphocytaires.

Tréponèmes : dans les ganglions : néant, le poumon : néant, le pancréas : + + +, le rein : + (un petit nombre dans le tissu conjonctif), la rate : + + + en est farcie, l'épididyme +, le foie + + dans le tissu conjonctif péri-portal.

Etant donné cette histoire on réexamine la femme ; aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. Seconde réaction sérologique : négative. Négative également chez le procréateur.

25-6-28 : Rappelée par le S. S. H., partie à la campagne.

Revue le 29-8-28. Reçoit 11 injections de Sulf. zn., 11 injections, soit 1 gr. 74.

Revenue le 15-2-29. Gestation de 2 mois. Traiter au bivatol. Reçoit 13 injections.

Le 7 juin, part à la campagne, donné ordonnance de bivatol.

En décembre 1929 on apprend qu'elle est accouchée il y a 4 mois, d'un enfant vivant qui serait bien portant.

Si nous examinons maintenant notre relevé nous voyons que sur les trois années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement, il existe 65 enfants (nous n'avons pas fait entrer dans ce groupe les enfants atteints de malformations) chez lesquels l'on est en droit de soupçonner la syphilis et pour lesquels a été pratiquée une réaction sérologique chez la mère.

Nous avons compté les nouveau-nés et aussi les enfants des gestations précédentes, mais chez lesquels on avait posé un diagnostic ferme de syphilis.

La réaction sérologique fut chez les mères de ces 65 enfants :

25 fois positive et
40 fois négative.

Soit 38,4 % de positivité.

Si l'on exclut 2 cas où les femmes reçurent un traitement antérieur ayant négativé leur sérologie, on obtient 39,6 % de positivité.

Classement de ces cas :

	NOMBRE de cas	SÉRO. pos.	SÉRO. nég.
1° - Cas où la syphilis est cliniquement certaine	12	9	3 (1)
2° - Cas où la syphills est cliniquement probable.	23	12	11
3° - Cas où la syphilis est cliniquement possible.	30	4	26

(1) Deux de ces femmes avaient été traitées antérieurement et eurent ainsi leur sérologie négativée.

Discrimination des 25 cas avec réaction sérologique positive.

1°) Dans 7 cas les femmes avaient contracté la syphilis : 4 fois lors des gestations qui devaient se terminer par la naissance d'enfants syphilitiques, 2 fois des années avant.

2°) Dans 18 cas il s'était agi de syphilis latente où seules les manifestations présentées par les enfants avec d'ailleurs existence, souvent, d'autres incidents obstétricaux, ont éveillé le soupçon de syphilis et fait pratiquer la réaction sérologique.

Une objection peut, très justement, être faite à cette statistique, c'est qu'un grand nombre de signes que présentaient ces enfants ne peuvent être considérés que comme des signes de présomption et qu'il est ainsi difficile de juger de la valeur de la réaction sérologique dans ces cas. Aussi pour combler en partie cette lacune avons-nous relevé les cas avec lésions syphilitiques avérées. Leur nombre est de 7 :

2 cas de pemphigus palmo-plantaire.
3 cas de coryza syphilitique.
1 cas de lésions cutanéo-muqueuses virulentes.
1 cas de splénomégalie considérable.

La réaction sérologique fut :
Positive dans 1 cas de pemphigus.
Positive dans les 3 cas de coryza.
Positive pour le cas de syphilides cutanéo-muqueuses.
Positive pour le cas de splénomégalie.

Mais elle fut négative pour un cas de pemphigus palmo-plantaire. L'enfant était d'ailleurs né prématurément à 8 mois (poids de naissance : 2.270/570 gr.). Le foie était augmenté de volume.

La mère avait eu un premier enfant né également avant terme et mort à 9 mois. L'enfant au pemphigus mourut peu de temps après la naissance. L'autopsie faite ne permit de constater aucune lésion ayant entraîné cette mort rapide.

Le foie pesait 135 gr., la rate, 8 gr. A l'examen des coupes du foie et de la rate on ne constata pas de tréponèmes.

Il faut attirer l'attention sur ce fait intéressant : alors que la réactin sérologique resta négative chez la mère, elle fut positive chez le père.

Δ) Malformations fœtales.

Il va sans dire que la constatation de malformations chez l'enfant ne veut pas dire syphilis.

Girauld, dans sa thèse, en recherchant le spirochète chez les macérés, n'en constate pas l'existence dans les organes des monstres ou des malformés.

Pour Heymann Björkenkaim, Klaften et Kalman la syphilis ne joue qu'un rôle secondaire dans la genèse des malformations fœtales.

Il se peut que ces malformations soient dues à des causes qui nous échappent ; le développement de l'œuf humain étant complètement inconnu aujourd'hui. « Des infection ou des traumatismes de l'œuf à son stade initial en sont peut-être la cause » (Dareste).

Il existe néanmoins des cas où l'étiologie syphilitique est probable. Pour Rudaux et Le Lorier elle se verrait dans 14 % des cas (cas où l'on a pu retrouver la syphilis chez les ascendants directs).

Pour le Professeur Bar ces malformations de développement surviennent surtout dans les vieilles syphilis et celles datant d'une ou plusieurs générations. Il s'agirait alors d'une hérédité dystrophique par imprégnation toxique des cellules initiales, parfois du spermatozoïde seul, ce qui expliquerait l'absence de tréponèmes dans les organes de ces malformés. Et l'on aurait surtout affaire à des malformations du système nerveux.

Voici un cas particulièrement intéressant :

Observation C. — N° 2310-593, 23 ans, primipare.

Envoyée à la Clinique Baudelocque par le Pr Ombredanne pour son enfant, atteint d'hydrocéphalie avec méningocèle de la base du nez.

L'enfant né à 8 mois, normalement, poids de naissance 2.750 gr., présente, au niveau de la base du nez, un méningocèle gros comme un œuf de pigeon, fluctuant, se gonflant quand l'enfant crie et débordant sur la paupière gauche.

Nez en lorgnette. Hydrocéphalie : bi-pariétal, 18,2, bi-temporal, 13 cm. 1, occipito-frontal, 20 cm. 5, sous-occipito-frontal, 18 cm. 7 ; sous mento-bregmatique, 21 cm. 5. Le corps est bien constitué, rien à la peau ni aux muqueuses. Foie, rate normaux. P. L. : 1. goutte normale ; Ly : 15 ; B.-W. : 00.

L'examen de la mère ne révèle aucun stigmate de syphilis, aucune anamnèse de maladie antérieure ni aucun antécédent héréditaire intéressant. L'examen du père ne révèle également rien. Il a une sœur qui est née à 7 mois et présente des stigmates dentaires.

Réaction sérologique chez la mère de l'enfant négative. Réaction sérologique chez le père : négative. Réaction sérologique chez l'enfant (9 mois) : fortement positive. Réaction chez la mère du procréateur : fortement positive.

Observation CI. — N° 1049. 2e gestation.

A. H. : rien à signaler.

A. P. : rougeole dans l'enfance. Pas de maladies à l'âge adulte.

1re gestation : accouchement spontané à 8 mois d'un enfant mort à la naissance.

2e gestation : D. R. du 8 au 12 octobre, 8 mois. Le 20 mai : H. U. : 39 cm., utérus surdistendu, difficile à palper ; gros excès de liquide. Urines normales.

Le 23 juin : la femme arrive de ville, en travail. Présentation du siège. A 22 h. 15, le siège apparaît à la vulve, bruits du cœur non perçus. On fait mettre la femme en travers du lit. Le fœtus sort jusqu'aux aisselles. On abaisse facilement les bras et on va à la recherche de la bouche : celle-ci est très haute, au niveau du détroit supérieur. On essaie de faire descendre la tête par la manœuvre de Champetier, mais en vain ; on introduit la main entière dans l'utérus, afin de vérifier si un obstacle retient la tête. La bouche semble descendre peu à peu, mais le crâne de l'enfant reste toujours au-dessus du D. S. Il est volumineux et fluctuant, ne paraissant pas sous tension excessive. On porte le diagnostic ferme d'hydrocéphalie à type mou. Tractions lé-

gères très en arrière et en bas. Après quelques instants de tractions on perçoit un petit claquement suivi d'issue de liquide par le vagin, et la tête est extraite. Mort-né de 2.580/770, présentant un bec-de-lièvre. Il s'était bien agi d'un hydrocéphale. Pas de gros foie ni de grosse rate. Réaction sérologique négative chez la femme.

Observation CII. — N° 381, 18 ans, primipare.

Siège décomplété en G. T., malformations fœtales multiples.

A. H. : parents bien portants.

5 frères et sœurs bien portants. 3 sœurs décédées en bas âge de méningite.

A. P. : toujours bien portante.

1re gestation : 1925, D. R. 30 mai 1925.

A l'arrivée dans le service : H. U. : 32 cm. Siège décomplété en S. I. G. T. Bruits du cœur non perçus, dilatation complète. Urines normales.

Accouchement le jour même d'un anencéphale de 2.960 gr., au niveau de la fontanelle postérieure méningocèle. En outre : thorax évasé, mains et pieds larges, 6 doigts à chaque main, 6 orteils à chaque pied, hydrocèle gauche, gros foie. Le placenta pèse 900 gr., aspect chair à saucisse.

L'examen de la femme pratiqué les jours suivants ne fait découvrir aucun stigmate de syphilis actuelle ou ancienne. Réaction sérologique négative.

Si nous examinons maintenant notre relevé nous voyons que sur les trois années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement il eut 45 malformés pour lesquels a été pratiquée une réaction sérologique.

Sur ces 45 cas la séro-réaction fut :

positive dans 3 cas et

négative dans 42.

Soit 6,6 % de positivité.

Classement de ces cas :

	NOMBRE de cas	SÉRO. pos.	SÉRO. nég.
1° - Cas où la syphilis est cliniquement certaine	0	0	0
2° - Cas où la syphilis est cliniquement probable.	4	1	3
3° - Cas où la syphilis est cliniquement possible.	10	1	9
4° - Cas où la syphilis ne paraît pas cliniquement pouvoir être incriminée.	9	0	9
5° - Primipares.	22	1	21

Discrimination des 3 cas avec sérologie positive selon l'âge de la syphilis.

Dans 2 cas il s'agit de syphilis ancienne probable.

Dans 1 cas, seules les malformations fœtales attirent l'attention et font pratiquer la réaction sérologique.

Il faut ajouter qu'il est difficile de tirer une conclusion ferme de cette statistique étant donné la diversité de ces malformations. Aussi avons-nous étudié à part les résultats de l'examen sérologique dans les cas d'hydrocéphalie, de spina-bifida et d'anencéphalie.

Pour les 6 cas d'hydrocéphalie constatés lors de ces 3 années (1924, 1925 et 1926) d'accouchement, la réaction sérologique est restée négative chez la mère dans tous les 6 cas (1), une de ces femmes avait subi un traitement antérieurement, pour une syphilis acquise.

(1) M. Pagé, dans sa thèse faite avec les documents de la Clinique Baudelocque (Paris, 1924) constate que sur 7 enfants hydrocéphales ayant survécu et suivis au Dispensaire de la Clinique, la réaction sérologique était positive chez 5 d'entre eux, alors que chez les mères elle était positive seulement dans deux cas.

Pour les 7 cas de spina-bifida constatés au cours de ces mêmes 3 années d'accouchement, la réaction sérologique est restée négative chez la mère dans tous les cas.

Pour les 3 cas d'anencéphalie relevés sur ces 3 années d'accouchement, la réaction sérologique est restée négative chez la mère dans les 3 cas.

Polyléthalité infantile

Nous devons encore dire un mot des résultats de la réaction sérologique dans les cas de polyléthalité infantile.

Il va sans dire que la syphilis n'est pas la seule cause. Il n'en reste pas moins vrai qu'un grand nombre de cas relèvent de la syphilis. Il semble qu'on doive surtout soupçonner la syphilis dans les cas de pluri-mortalité portant sur les enfants issus des premières gestations alors que les suivants survivent, mais ce n'est pas une loi absolue et certains auteurs comme les Professeurs Pinard et Hutinel citent des cas de familles syphilitiques s'éteignant par la mort de tous les enfants. Cette polyléthalité syphilitique est encore souvent précédée d'avortements, d'accouchements prématurés ; de naissances de macérés elle peut aussi s'entremêler avec ces différents incidents.

Voici un exemple :

Observation CIII. — N° 1470, 38 ans, VII[e] pare.

A. H. : rien à signaler.

A. P. : rougeole dans l'enfance.

1[re] gestation en 1909, accouchement à terme d'un enfant bien portant.

2[e] gestation en 1910, accouchement prématuré d'un enfant mort et macéré.

3[e] gestation en 1914, accouchement à terme d'un enfant mort à 7 mois de méningite.

4[e] gestation en 1919, accouchement à terme d'un enfant bien portant.

5[e] gestation en 1920, accouchement à terme d'un enfant mort à 18 mois de méningite.

6e gestation en 1921, accouchement à terme d'un enfant mort à 5 mois de ? Lors de cette 6e gestation consulte à l'hôpital Saint-Louis, pour une ulcération gingivo-labiale. On porte le diagnostic de lésion tertiaire. Sérologie négative. Reçoit 2 séries de novar.

7e gestation en 1925, D. R. du 5 au 8 décembre.

Pas de signes de syphilis à l'examen du 20-1-25. La malade ne tousse pas. Pas de tousseurs dans la famille. Réaction sérologique négative, chez la femme, 3 séries de novar.

Accouche à terme le 25-8-25, d'un enfant vivant de 3.150 gr., placenta, 550. L'enfant présente du craniotabès. Foie, rate normaux.

Voyons maintenant les résultats que nous avons obtenus d'après notre relevé.

Il faut insister sur l'extrême difficulté d'établir des chiffres pour ces cas de polyléthalité, étant donné le grand nombre de cas où la cause de la mortalité infantile nous échappe. Aussi nos résultats ne peuvent-ils être qu'approximatifs.

Sur les 3 années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement, l'interrogatoire des femmes a permis d'enregistrer 169 cas de polyléthalité infantile (nous n'avons compté que les cas où il y avait au moins deux enfants morts en bas âge) pour lesquels a été pratiquée une réaction sérologique.

Sur ces 169 cas, nous en avons éliminé 28 où l'étiologie infectieuse aiguë était nette, 19 cas où il semblait qu'on devait incriminer la tuberculose (méningite tuberculeuse et autres localisations) et 10 cas où l'on pouvait incriminer les fautes de régime alimentaire.

Il reste 112 cas d'étiologie indéterminée. Pour ces 112 cas la réaction sérologique fut :

23 fois positive et
89 fois négative.

Soit 20,5 % de positivité.

Si l'on exclut 6 cas où les femmes avaient été traitées antérieurement et eurent leur sérologie ainsi négativée, on obtient 21,6 % de positivité.

Classement de ces cas :

	NOMBRE de cas	SÉRO. pos.	SÉRO. nég.
1° - Cas où la syphilis est cliniquement certaine	11	3	8 (1)
2° - Cas où la syphilis est cliniquement probable	28	15	13
3° - Cas où la syphilis est cliniquement possible	37	3	34
4° - Cas où outre la polyléthalité n'existe aucun autre antécédent obstétrical suspect chez la femme.	36	2	34

Discrimination des 23 cas avec sérologie positive suivant l'âge de la syphilis.

a) 3 cas concernent des femmes qui ont contracté la syphilis quelques mois avant le début de leur première gestation.

b) 1 cas concerne une femme syphilitique héréditaire.

c) Dans 11 cas il s'agit de syphilis ancienne probable par l'existence de polyléthalité coexistant avec d'autres antécédents obstétricaux.

d) Dans 2 cas il s'agit de syphilis ancienne probable révélée uniquement par la polyléthalité.

c) *Complications de la gestation*

α) Albuminurie.

Ces dernières années un certain nombre d'auteurs se sont demandés si la syphilis acquise ou héréditaire n'entrerait pas en jeu dans certains cas d'albuminurie par néphrite et

(1) Six de ces femmes avaient subi un traitement qui négativa leur sérologie.

dans l'albuminurie dite gravidique, qu'on est habitué d'attribuer à la soi-disant toxémie gravidique.

C'est là une question extrêmement délicate. Nous devons d'ailleurs ajouter que pour certains auteurs et l'Ecole de Widal en particulier, les femmes atteintes d'albuminurie dite essentielle de la gestation, sont souvent des malades qui présentent des lésions rénales latentes ou tout au moins un facteur rénal que la gestation réveille ou aggrave. Il y aurait ainsi une place à priori à faire à la syphilis dans l'étiologie.

C'est ainsi que des observations d'albuminurie gravidique par syphilis rénale ont été rapportées par plusieurs auteurs.

Le Professeur Fruhinsholz a présenté, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, à la séance du 20 février 1924, sous le titre d'albuminurie gravidique et critérium de provocation, l'observation d'une femme probablement hérédo-syphilitique avec sérologie négative qui fit plusieurs avortements successifs avec albuminurie et manifestations de néphrite, elle mena une gestation près du terme, à la faveur d'un traitement anti-syphilitique, mais présenta des accidents graves (hypertension, albuminurie massive, crises d'éclampsie). Au moment où l'état de la malade commandait l'intervention, l'accouchement se produisit spontanément et la femme mit au monde un enfant vivant. L'enfant revu présentait un an après sa naissance, l'aspect typique de l'hérédo avec crâne natiforme.

Il faut encore signaler une observation du Professeur Fruhinsholz concernant une hérédo-syphilitique certaine, qui avait, étant jeune fille, des gommes au niveau des membres inférieurs et qui à l'occasion de sa première gestation, présenta de l'albuminurie et des crises d'éclampsie.

MM. Garipuy et Bonhoure ont rapporté à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse l'observation d'une femme avec albuminurie apparue au 4e mois de la gestation et chez laquelle la réaction sérologique se montra positive.

La gestation se termina par un accouchement prématuré au 7e mois, d'un enfant mort au bout de 2 mois.

Un peu plus tard la femme est admise dans un service de médecine pour néphrite, hypertensive, albuminurique et azotémique. Sérologie toujours positive par le procédé de B.-W. type et celui de Hecht. Gros troubles oculaires, choriorétinite brightique ancienne et surtout atrophie optique.

Traitée par le sulfarsénol joint au régime hypoazoté et déchloruré, l'amélioration survint très rapidement.

M. Marc Rivière a observé des cas analogues, et il croit pouvoir les réduire à deux formes cliniques dont il a rapporté des exemples à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux, à la séance du 3 novembre 1925 ; 1° l'une prenant le masque de néphrite chronique ; 2°) l'autre celui de poussée aiguë d'auto-intoxication gravidique.

En 1926 l'auteur expose à la même Société les résultats qu'il a obtenus sur deux années d'accouchement : 61 réactions positives coïncidant avec des albuminuries dites gravidiques, soit 23 %.

M. Marcel Pinard a présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris le cas suivant :

Observation CIV. — Mme X..., 39 ans, mariée depuis 19 ans, a eu une série de gestations qui ont été rendues difficiles par des poussées d'albuminurie.

1re gestation : albumine au 5e mois, accouchement au 6e mois d'un enfant mort.

2e gestation : albumine au 6e mois, enfant mort le 6e mois.

3e gestation : au cours de laquelle la malade fait une cure à Saint-Nectaire. Albumine, 3 gr. ; naissance à terme d'un enfant paraissant bien constitué et qui meurt d'appendicite à 10 ans.

4e gestation : albumine, enfant mort à 7 mois et demi.

5e gestation : albumine, enfant mort et macéré à 6 mois et demi.

Après ces premiers macérés, on pratique une analyse sérologique qui est positive chez le mari et chez la femme par la méthode de Hecht et celle de Wassermann. Elle reçoit alors 3 injections d'huile grise, puis 12 de benzoate de mercure. Nous la voyons en novembre 1924. La physionomie est terreuse, elle souffre de céphalées, son cœur lui

donne des impressions pénibles. Le cœur est, en effet, très arythmique, la tension est à 17/11 au Vaquez. L'urée sanguine est à 0,39, l'albumine à 0,10. On commence un traitement très surveillé au sulfarsénol intraveineux, l'arsenic étant mal supporté on le remplace par du bismuth.

Le 28 avril 1925, le B.-W. donne ooo, le Hecht 1/2-1/2, est traitée au bismuth jusqu'au mois d'août 1925. Une 6e gestation commençant, une 3e série de Bi est pratiquée d'octobre 1925 à janvier 1926. Malgré le repos, le régime lacté, il y a 0,50 d'albumine. Puis le taux augmente et au 5e mois de la gestation survient l'expulsion d'un enfant mort depuis une dizaine de jours.

En mars 1926, on pratique une série de 11 piqûres d'hectine et en avril-mai 15 piqûres de Bi. Pour la première fois on note la négativité des réactions sérologiques. B.-W. : ooo, Hecht. : ooo, Desmoulières : ooo. On pratique alors en juillet 1926 une série d'acétylarsan à doses progressives.

Une 5e série de Bi est pratiquée, la dernière en décembre 1926. Actuellement, l'état général est excellent, les réactions sérologiques négatives, l'albumine a complètement disparu, la T. A. est de 16/8.

MM. Houël, Jahier et Larribère ont également signalé des cas d'albuminurie gravidique d'origine syphilitique.

M. Devraigne, dans un article récent, cite plusieurs cas d'albuminurie gravidique d'origine syphilitique.

M. Vernier, avec les documents de la Clinique Baudelocque, M. Polanco, avec ceux de la Maternité de Lariboisière (Dr Devraigne) ont, dans leurs thèses (Paris 1927 et 1928), exposé en détail, cette question de l'albuminurie gravidique dans ses rapports avec la syphilis.

Voici maintenant quelques observations de la clinique Baudelocque.

Observation CV. — A. H. : père âgé de 66 ans, bien portant.

Mère bien portante.

A. C. : 5 frères et sœurs, dont une sœur morte à 2 ans de cause inconnue, un frère tué à la guerre, 3 bien portants.

A. P. : née à terme, rougeole dans l'enfance, angines fréquentes.

Réglée à 14 ans, a travaillé 6 mois dans le plomb, sans observer d'accidents de saturnisme.

Le 8-12-26 vient à la consultation de la Maternité, en état de gesta-

tion de 6 mois environ. Forte quantité d'albumine dans les urines, œdème des membres inférieurs. Mise au régime lacté, l'albuminurie continue à persister et le 10-1-27 elle entre à l'hôpital Cochin dans le service du Professeur Widal. A son entrée, albuminurie de 6 gr. par litre, régime intégral, l'albuminurie diminue et n'est plus que de 3 gr., 48 heures après. Examen du culot de centrifugation des urines ; nombreuses cellules, cylindre hyalins et granuleux, globules blancs. Dosage des chlorures, 57,8 de NaCL par litre. Urée sanguine : 0,47, constante d'Ambard : 0,10. Réaction sérologique totalement positive. Les jours suivants l'albuminurie reste aux environs de 3 gr. à 4 gr. 50. On commence un traitement antisyphilitique: 0,15 de novar le 24 janvier, le 27 janvier 0,30. Albuminurie : 6 gr. 50. Régime : légumes verts, confitures et un litre de lait.

Le 29 janvier, urée sanguine 0,38, constante d'Ambard, 0,13.

Le 31 janvier, injection de quinby, albuminurie 4 gr. par litre. Le 4 février, 0,45 de novar. Le jour même la femme accouche au terme de 7 mois d'un enfant de 1.350/380. Le placenta présente de nombreux infarctus.

Depuis le 6 février, l'albuminurie oscille entre 1 gr. 20 et 0,75. T. A. 13/7.

1re série de novar, 4 gr. 55, l'albuminurie reste entre 0,40 et 0,60. 2e série en août 1927, 4 gr. 10. 3e série, octobre 1927, 5 gr. 10. 4e série, janvier 1928, 5 gr. 10.

En janvier 1928, albuminurie : traces indosables.

5e série de novar en avril 1928, traces d'albumine. Réaction sérologique complètement négative.

Observation CVI. — N° 339, 40 ans, primipare.

Père décédé d'urémie.

Mère vivante, cardiaque.

A. C. : 3 sœurs, dont une morte d'épilepsie à 33 ans.

A. P. : grippe en 1918, sans complications.

1re gestation : D. R. du 5 au 6 juin 1923, 8e mois.

Gestation surveillée par une sage-femme en ville. Aurait évolué normalement jusqu'au mois de janvier. A ce moment les jambes commencent à enfler le soir, cet œdème s'aggravant et s'accompagnant d'un peu de céphalée, elle entre à Baudelocque.

A l'examen : il est très difficile d'interroger la femme qui est complètement sourde. Cette surdité serait apparue à l'âge de 16 ans. A été également soignée pour kératite, dont il subsiste des séquelles.

A l'examen général : gros œdème des membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux.

Au cœur : clangor du 2e bruit. T. A. 21/11 au Vaquez. Pas de troubles oculaires. Nuage d'albumine dans les urines.

Signes tirés de l'examen de la femme : front olympien, mauvaise denture, incisives inférieures écartées.

Saignée de 400 gr., la T. A. tombe à 12/7. Dosage d'urée : 0,37 par litre. Réaction sérologique positive.

La femme accouche prématurément le 5-3-24, d'un enfant vivant de 2.770/450. L'examen de l'enfant ne montre l'existence d'aucun signe de syphilis.

Observation CVII. — N° 1498, 22 ans, primipare.

Albuminurie. Accouchement prématuré dans le courant du 7e mois. Syphilis à traiter.

A. H. : rien à signaler.

A. P. : A 5 ans, ganglions cervicaux suppurés.

En 1923, éruption ayant duré un mois (non prurigineuse) en même temps céphalée surtout nocturne, chute de cheveux (syphilis acquise vraisemblablement à ce moment).

1re gestation. D. R. du 15 au 21 mars.

A l'entrée dans le service (le 17-9-24), gestation de 6 mois environ. H. U. : 23 cm. Fœtus très mobile, vivant. Bouffissure du visage, œdème considérable des membres inférieurs et de l'abdomen. Au cœur : clangor du 2e bruit. T. A. : 22/10. Pas de troubles oculaires.

Pas de stigmates de syphilis héréditaire. Urines peu abondantes, albumine : 10 gr.

Renseignements pris à la consultation de syphiligraphie : la femme y avait été adressée pour réaction sérologique positive le 20-8-24. Un traitement avait été institué. La femme reçut : 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, 0,75 de novar. A eu 0,90 de novar, le jour de son admission à la Clinique Baudelocque. L'albuminurie a diminué progressivement. L'œdème a disparu 3 jours après son hospitalisation.

Le 25-9-24, 2 gr. d'albumine. 0,75 de novar. le 1er octobre. Le 3 octobre, 8 gr. d'albumine.

Accouche le 13-10, au 7e mois, d'un enfant de 1.510/260, mort le lendemain. Albuminurie abondante au moment de l'accouchement.

Le 29-10, 0,50 d'albumine.

Voici donc quelques cas où la syphilis était peut-être en cause. Nous disons peut-être, car on n'en a pas la preuve absolue. La positivité de la réaction sérologique, dans ces

cas, ne peut être considérée comme preuve certaine, car il peut y avoir simple coïncidence. Pour le Professeur Lemierre beaucoup de ces albuminuries sont surtout liées au traitement spécifique. Mais nos observations concernent des femmes qui étaient albuminuriques avant le traitement.

Quoi qu'il en soit, il nous semble très difficile de tirer une conclusion de ces cas. En effet, l'accouchement s'est toujours produit avant terme, malgré le traitement antisyphilitique, et dans tous les cas l'albuminurie a disparu aussitôt après, ou progressivement. De sorte qu'il est très difficile de dire si c'est grâce au traitement antisyphilitique ou grâce à l'interruption de la gestation. Il est encore plus difficile, sinon impossible, de juger de la valeur de la séroréaction, ce qui nous intéresse en somme dans ce travail. Car, en effet, tout au moins, à l'heure actuelle, les deux faits sur lesquels on pourrait se baser pour affirmer la nature syphilitique de certaines albuminuries gravidiques, sont justement, en dehors de signes de syphilis récente ou d'une histoire nette de syphilis ancienne, d'une part la constatation d'une réaction sérologique positive et l'influence heureuse du traitement d'autre part.

Nous donnerons, néanmoins, à titre de renseignement le pourcentage que nous avons obtenu dans les cas d'albuminurie, d'après notre relevé.

Sur les trois années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement on relève 85 cas pour lesquels a été pratiquée une réaction sérologique.

Nous avons éliminé 3 cas d'albuminurie exclusivement du travail, il reste 82 cas.

La réaction sérologique fut pour ces :

82 cas. { 7 fois positive et
75 fois négative.

Soit 8,5 % de positivité.

Nous avons classé ces cas, très approximativement, de la façon suivante :

	NOMBRE de cas	SÉRO. pos.	SÉRO. nég
1° - Albuminurie à l'occasion de la gestation.	57	3	54
2° - Albuminurie récidivante de la gestation	15	1	14
3° - Albuminurie au cours de néphrites chroniques connues, des femmes gravides.	10	3	7

Discrimination des 7 cas avec réaction sérologique positive suivant l'âge de la syphilis.

a) Dans 1 cas il s'agit de syphilis contractée récemment.

b) Dans 1 cas, probablement de syphilis héréditaire.

c) Dans 5 cas de syphilis ancienne latente : une fois il existait des antécédents obstétricaux multiples parmi lesquels l'albuminurie survenue lors de la dernière gestation ; 4 fois seule l'albuminurie attirait l'attention et faisait pratiquer un examen sérologique.

β) *Avortement*

La syphilis est la « grande avorteuse » a dit le Professeur Bar.

C'est Fournier, le premier, qui mit en évidence l'action abortive de la syphilis et en montra toute la gravité. Sur 529 gestations dans sa clientèle de ville, il constate 239 avortements, soit 43 %.

Disons immédiatement que ces dernières années on est revenu sur cette opinion. Il est en effet, extrêmement difficile de fixer l'importance étiologique de la syphilis dans

l'avortement. L'avortement dû à la syphilis ne se distingue guère de ceux dus à d'autres causes. Et beaucoup de ces accidents peuvent reconnaître une toute autre étiologie.

La difficulté d'appréciation est rendue encore plus difficile par le fait qu'une femme syphilitique peut très bien interrompre sa gestation volontairement.

Il faut aussi dire que, même, lorsque l'avortement est spontané, il peut reconnaître une autre origine que la syphilis.

Ces réserves faites il n'en reste pas moins vrai qu'un certain nombre d'avortements relèvent de la syphilis.

On a pu préciser les caractères particuliers de l'avortement syphilitique ; il se produit suivant un rythme spécial, d'abord plus ou moins précocement, puis à chaque gestation il survient plus tardivement, et au bout d'un certain nombre d'années, il peut même naître un enfant, d'abord prématurément puis à terme, traduction de l'atténuation progressive de la syphilis. Cette règle souffre d'ailleurs des exceptions et l'on peut voir alterner des avortements avec des enfants survivants, ce sont là pour le Professeur Gougerot des faits dus aux oscillations spontanées du virus syphilitique.

Les constatations de certains auteurs permettent de comprendre pourquoi l'avortement syphilitique est plutôt rare au début de la gestation.

C'est ainsi que Girauld au cours de ses recherches sur la présence de spirochètes chez les macérés a constaté que chez ceux de moins de 6 mois on ne rencontre presque jamais de spirochètes (1).

Oliw Thomsen a soutenu que le milieu de la gestation est le moment où les spirochètes commencent à pénétrer

(1) Pour Routh, la grande quantité de ferments choriaux (qui pour lui sont capables de fragmenter les spirochètes en granules inactifs, théorie que nous exposerons en détail au chapitre de la pathogénie) entre la 6e et la 14e semaine, explique la rareté de spirochètes dans les tissus des embryons avortés.

dans le placenta et infecter le produit de conception. Mais il existe des exceptions, et il faut signaler un cas de Buschke et Fischer où la femme expulsa un macéré 7 semaines après son infection, M. le Professeur Couvelaire a observé un cas semblable, 2 mois après le début de la syphilis.

Néanmoins, il reste vrai, que dans le plus grand nombre de cas l'interruption dela gestation avec mort du fœtus par infection tréponémique s'observe principalement dans les deux derniers trimestres de la gestation. M. le Professeur Couvelaire insiste beaucoup sur ce point. Nathanson soutient également cette opinion.

Il faut aussi se souvenir que si ce sont, comme l'a montré Fournier, les trois premières années de l'infection syphilitique qui sont les plus dangereuses, l'on peut voir survenir des avortements à la 20e année d'une syphilis non traitée.

M. le Professeur Couvelaire insiste encore sur ce fait que si l'avortement se produit souvent au cours d'une syphilis récente, en activité, la répétition des avortements surtout précoces peut être en rapport avec l'hérédo-syphilis.

Ainsi donc la syphilis, si elle n'est pas la cause la plus fréquente de l'avortement n'en reste pas moins une étiologie importante. Le Professeur Pautrier cite un cas particulièrement intéressant.

...Un ménage vient me consulter et me raconte que la femme a fait, sans raison, deux fausses couches dans les trois années précédentes. Le gynécologiste, averti, a fait pratiquer le B.-W. des deux conjoints : il est négatif.

C'est dans ces conditions que m'arrive le couple ; je l'interroge avec soin, je ne trouve aucun antécédent suspect. J'examine minutieusement le mari et la femme ; je ne trouve aucun stigmate apparent d'hérédo-syphilis. La femme est de nouveau examinée par un bon gynécologiste de la ville où elle habite. Il n'y a aucune malformation des organes génitaux expliquant les fausses couches. Je refais l'examen du sang ; le B.-W. est toujours négatif, mais le Hecht-Bauer est légèrement positif. Le mari, pressé de questions, finit par m'avouer, ce qu'il n'avait

pas voulu faire jusque là devant sa femme, que son père est mort de paralysie générale et que sa mère a été traitée pour aortite.

(In Monde Médical, 1er mars 1924).

M. Dujol rapporte également un cas démonstratif.

Mme C..., 38 ans (fiche 1497) ignore l'existence d'une syphilis antérieure, mais elle a eu trois fausses couches, deux fœtus macérés, un prématuré de 8 mois, lorsqu'elle vient me consulter pour la première fois. Elle est à ce moment enceinte de 6 mois. Malgré deux injections de 914 elle accouche d'un 3e macéré.

Voici les résultats des examens de sang pratiqués chez elle :

Réaction de Wassermann :	Densité de Vernes :
10 novembre 1923 : négative.	6 janvier 1926 : 0.
27 juillet 1925 : négative.	2 juin 1926 : 0.
6 janvier 1926 : négative.	1er décembre 1926 : 0.
2 juin 1926 : négative.	3 janvier 1927 : 0.
2 décembre 1926 : négative.	22 février 1927 : 0.
3 janvier 1927 : négative.	2 mars 1927 : 0.

Malgré ce silence sérologique, la malade fut traitée avec énergie et en 1924 elle accoucha d'un garçon et en 1927 de deux filles, qui sont tous trois bien portants.

(In Presse Médicale, 21-12-1927).

Notons encore que M. Le Lorier a observé 28 femmes qui avaient fait chacune au moins 2 ou 3 avortements, parfois 5 ou 6, chez lesquelles on ne trouvait par ailleurs aucune manifestation clinique ou sérologique de syphilis. La réaction sérologique est restée négative lors du 1er examen et le fut encore après réactivation. Malgré cette sérologie négative elles furent toutes mises à un traitement énergique dès le début de leur nouvelle gestation et hormis une, toutes ces femmes ont eu un enfant né à terme et paraissant sain.

Nous avons montré plus haut combien il est difficile de préciser le rôle qui revient à la syphilis dans l'étiologie de l'avortement. Aussi est-il sans intérêt d'établir le pourcentage de la positivité de la réaction sérologique dans ces cas.

Néanmoins pour être complet, nous donnerons les chiffres que nous avons obtenus d'après notre relevé :

Sur les 3 années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement on relève 126 avortements pour lesquels a été pratiquée une réaction sérologique. Nous avons éliminé 27 cas :

— 2 avortements au cours de l'hydramnios.

— 4 au cours de la gémellité.

— 6 chez des albuminuriques, dont un chez une éclamptique.

2 chez des tuberculeuses.

— 1 au cours de pyélonéphrite.

1 avortement molaire et enfin :

11 avortements de fœtus morts et macérés.

Il reste 99 cas d'étiologie indéterminée :

Pour ces 99 avortements, la sérologie fut :

positive dans 11 cas et

négative dans 88.

Soit 11,1 % de positivité.

Si l'on exclut 2 cas où les femmes avaient été traitées, on obtient 11,3 % de positivité.

Classement de ces cas :

	NOMBRE de cas	SÉRO. pos	SÉRO. nég.
1° - Cas où la syphilis est cliniquement certaine	5	3	2 (1)
2° - Cas où la syphilis est cliniquement probable	13	2	11
3° - Cas où la syphilis est cliniquement possible	21	4	17
4° - Cas où la syphilis ne paraît pas cliniquement pouvoir être incriminée.	35	1	34
5° - Primipares	25	1	24

(1) Les 2 femmes avaient été traitées.

Discrimination des 11 cas avec sérologie positive suivant l'âge de la syphilis ; il s'agit :

a) dans 1 cas, de syphilis récente.

b) dans 1 cas, de syphilis ancienne avec accidents évolutifs tertiaires.

c) Dans 1 cas, probablement de syphilis héréditaire.

d) Dans 8 cas, de syphilis ancienne latente, révélée : 7 fois par des antécédents obstétricaux multiples parmi lesquels des avortements ; 1 fois uniquement, par l'avortement.

γ) *Accouchement prématuré.*

Les accouchements prématurés répétés, d'enfants vivants ou morts, constatés chez une femme ne présentant aucune notion de traumatisme ou aucune affection générale, cardiaque, pulmonaire ou autre, ou encore une affection génitale quelconque, malformations, déviations utérines, doivent faire penser à la syphilis. On devra encore examiner soigneusement le placenta afin d'éliminer une insertion basse, cause possible de prématurité.

Ceci étant dit, la syphilis reste une cause de naissances prématurées.

Sur 1.541 accouchements prématurés, Kehrer obtient des réactions positives chez les mères dans 11,5 % des cas.

Baumma a relevé à la Clinique de Breslau 207 accouchements prématurés parmi lesquels 10 gémellaires, sur 1540 accouchements effectués en 2 années (1921 et 1922). Sur ces 207 accouchements prématurés, il y avait 26 cas de syphilis certaine, soit 12,6 %. Sur les 217 enfants prématurés, 155 (soit 71,4 %) sortent vivants de la clinique au 10e jour ; mais sur ces 155 il y avait 9 syphilis congénitales certaines (5,8 %). Sur les 36 enfants morts à la clinique, la syphilis était nette seulement dans 5 cas (13,9 %), tandis qu'il y avait 3 morts par faiblesse congénitale et 23 sans cause détermi-

née. Sur les 26 mort-nés (dont 16 macérés), il y avait 12 syphilis (46,2 %).

L'auteur conclut que la syphilis ne paraît pas jouer un rôle primordial dans l'accouchement prématuré.

Par contre, pour Nathanson, la syphilis est la cause principale des naissances prématurées et des enfants macérés.

Voici maintenant nos résultats : sur les 3 années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement, on relève — en se basant sur le poids de l'enfant — nous avons compté les enfants de 1000 grammes (poids moyen du fœtus à la fin du 6e mois) à 2.500 grammes (poids moyen de l'enfant à 8 mois) — 313 accouchements prématurés pour lesquels a été faite une réaction sérologique.

Nous avons éliminé 140 cas :

32 accouchements prématurés d'enfants macérés ;

18 accouchements prématurés au cours de la gémellité ;

27 accouchements prématurés chez des tuberculeuses ;

7 accouchements prématurés au cours d'hydramnios ;

14 accouchements prématurés par insertion vicieuse du placenta ;

2 accouchements prématurés au cours de pyélonéphrite ;

3 accouchements prématurés au cours d'infections aiguës ;

5 accouchements prématurés au cours de malformations utérines et dans les cas de fibrome ;

8 accouchements prématurés au cours de cardiopathies ;

24 accouchements prématurés chez des albuminuriques dont 3 éclamptiques.

D'ailleurs, dans tous ces cas, la réaction sérologique est restée négative et il n'existait chez les femmes aucun signe suspect.

Il reste 173 cas d'étiologie indéterminée, la réaction sérologique fut positive dans 29 cas et négative dans 144, soit 16,7 % de positivité.

Si l'on élimine 7 cas où les femmes avaient été traitées antérieurement, on obtient 17,6 % de positivité.

Classement de ces cas :

	NOMBRE d cas	SÉRO. pos.	SÉRO. nég.
1° - Cas où la syphilis est cliniquement certaine.	21	11	10 (1)
2° - Cas où la syphilis est cliniquement probable.	26	7	19
3° - Cas où la syphilis est cliniquement possible.	29	5	24
4° - Cas où la syphilis ne paraît pas cliniquement pouvoir être incriminée.	45	2	43
5° - Primipares où, outre l'accouchement prématuré, on ne constate rien de particulier, ni chez la femme, ni chez l'enfant	52	4	48

Discrimination des 36 cas avec réaction sérologique positive suivant l'âge de la syphilis :

a) Dans 7 cas, la syphilis fut contractée pendant la gestation :

1°) Dans 3 cas, la femme fut contaminée lors de la conception ou tout au début de la gestation ;

2°) Dans 4 cas, la syphilis fut contractée au deuxième trimestre de la gestation, entre le 5e et 6e mois, et l'accouchement se produisit entre le 7e et 8e mois.

b) Dans 2 cas, il s'agissait de syphilis récente, remontant à 1 an environ.

c) Dans 1 cas, il s'agissait de syphilis ancienne reconnue par l'existence d'un syphilome ano-rectal.

d) Dans 1 cas, elle était affirmée par l'existence de lésions cutanéo-muqueuses virulentes chez l'enfant.

(1) 7 de ces femmes avaient subi un traitement antérieur qui négativa leur sérologie.

e) Dans 1 cas, elle était connue par la constatation d'une sérologie positive pratiquée avant l'accouchement à cause de la mort de deux enfants.

f) Dans 18 cas, il n'existait aucun stigmate de syphilis chez la femme ni aucun antécédent pathologique suspect seuls, les antécédents obstétricaux attiraient l'attention.

Δ) *Gestation gémellaire uniovulaire.*

Pour de nombreux auteurs, M. le Professeur Couvelaire en particulier, elle reconnaîtrait souvent une origine syphilitique, syphilis des ascendants.

La gémellité uniovulaire est considérée, contrairement à la biovulaire, comme une anomalie. On ne retrouve pas en effet à son origine les facteurs conditionnant la gestation biovulaire ; ainsi, le facteur hérédité, si important dans la gémellité biovulaire, ne semble guère jouer de rôle pour l'uniovulaire. A ce point de vue, M. Apert rapporte dans son livre sur les « Jumeaux » une enquête faite en 1903 par Weinberg, qui a relevé les naissances gémellaires dans les registres de Wurtenberg. L'auteur se servit d'une méthode de différenciation qui se base sur l'expérience de ce que, dans 50 % des cas de jumeaux biovulaires, il s'agit d'enfants de sexe différent, ce qui permet de déterminer la fréquence des gestations biovulaires et par déduction celle des uniovulaires.

Sur 4.334 mères, sœurs et filles de femmes ayant eu des accouchements gémellaires biovulaires, il relève 94 accouchements gémellaires, soit 1 sur 14.

Pour les uniovulaires, il ne trouve qu'un sur 88.

Il en serait de même pour les autres facteurs, la parité et celle des accouchements gémellaires antérieurs.

Certains auteurs considèrent cette gémellité uniovulaire comme le début de la monstruosité. Pour plus de clarté, rappelons brièvement les différentes hypothèses proposées pour l'expliquer :

1°) Celle de la fécondation d'un seul ovule à plusieurs noyaux par plusieurs spermatozoïdes, mais les jumeaux uniovulaires sont toujours du même sexe.

2°) Celle de Broman, selon laquelle la gestation gémellaire uniovulaire résulte de la fécondation d'un seul ovule à deux nucléoles par un seul spermatozoïde bicaudé à deux paires de centrosomes. F. A. Deluca et V. E. Widakowich, en s'appuyant sur cette théorie, ont recherché si les pères de jumeaux uniovulaires possèdent un plus grand nombre de spermatozoïdes à deux paires de centrosomes que les non-syphilitiques. Ils ont obtenu des résultats affirmatifs, surtout chez les syphilitiques héréditaires.

3°) Celle qui attribue la gestation gémellaire uniovulaire à la fécondation d'un seul ovule par un spermatozoïde simple avec segmentation de cet ovule à l'époque embryonnaire. Il faut dire que ces faits ont été observés dans certaines espèces. Fernandez a constaté qu'au cours du développement de l'œuf du tatou hybride un germe unique donne à un moment donné 12 embryons du même sexe. Newmann et Petterson ont confirmé ces faits chez le tatou noir.

Certains auteurs se demandent si chez la femme la gémellité uniovulaire ne serait pas physiologique comme dans ces espèces.

Pour d'autres, l'influence de certaines intoxications comme l'alcoolisme, le saturnisme, voire même la privation alimentaire (Cristalli), certaines affections chroniques comme la tuberculose, et surtout la syphilis, peuvent contribuer à cette faculté de l'ovule de se segmenter en donnant des jumeaux.

Edmond Fournier, le premier, signala la syphilis comme cause possible de ces gémellités uniovulaires.

Le Professeur Bar pense également que la gémellité uniovulaire relève parfois de la syphilis, surtout de la syphilis héréditaire à plusieurs générations.

Le Professeur P. Merklen, dans un travail récent, s'ap-

puyant sur 17 observations, soutient également l'origine syphilitique de la gestation gémellaire uniovulaire.

Pour M. Apert, la syphilis est un facteur puissant de gémellité uniovulaire, mais d'autres étiologies pourraient également être à son origine.

Voyons maintenant nos résultats. Citons d'abord un cas particulièrement intéressant :

Observation CVIII. — N° 2609-498, 21 ans, primipare.

Rien de particulier dans les antécédents.

1re gestation en 1926. Gestation gémellaire.

Accouche le 15 juillet d'un 1er jumeau pesant 2.380 gr., mort 13 heures après la naissance. D'un second jumeau de 1.550 gr. vivant. Gestation gémellaire uniovulaire.

L'examen de la mère ne révèle aucun stigmate de syphilis acquise ou héréditaire. Réaction sérologique négative. Pas de jumeaux dans sa famille.

Le mari : 23 ans. Parents bien portants, mais son grand-père paternel était atteint de tabès. Lui-même n'a présenté aucune maladie ; nie toute syphilis acquise, pas de jumeaux dans sa famille. Réaction sérologique faiblement positive.

L'enfant survivant : tête volumineuse, hydrocéphalie, gros foie, grosse rate, coryza bilatéral, 6 semaines après la naissance, apparition d'une maladie de Parrot du membre supérieur droit. Mis au traitement antisyphilitique, on constate une amélioration très rapide.

Voici maintenant notre pourcentage :

Sur les 3 années 1924, 1925 et 1926 d'accouchement, il existe 18 cas de gémellité uniovulaire pour lesquels a été faite une réaction sérologique.

Nous avons éliminé, au préalable, 3 avortements gémellaires de 2, 3 et 4 mois respectivement, où il n'était guère possible d'affirmer s'il s'agissait de gémellité uni ou biovulaire.

Pour ces 18 cas, la séro-réaction fut négative 17 fois et positive 1 fois, soit 5,5 % de positivité.

Si l'on élimine 1 cas où la femme fut traitée antérieurement, on obtient 5,8 % de positivité.

Classement de ces cas :

	NOMBRE de cas	SÉRO p. s.	SÉRO. p. g.
1° - Cas où la syphilis semble cliniquement certaine.	1	0	1 (1)
2° - Cas où la syphilis semble cliniquement probable.	4	1	3
3° - Cas où la syphilis semble cliniquement possible.	2	0	2
4° - Cas où la syphilis ne paraît pas devoir être incriminée.	3	0	3
5° - Primipares chez lesquelles seul le fait d'avoir présenté une gestation gémellaire uniovulaire attire l'attention, sans l'existence d'aucun autre signe pathologique chez la mère ou chez l'enfant.	8	0	8

Le seul cas avec sérologie positive concerne une syphilis ancienne probable à cause des antécédents obstétricaux parmi lesquels la gémellité uniovulaire.

Nous venons donc de voir qu'il existe des exemples d'incidents obstétricaux révélant des syphilis latentes chez les femmes gravides, et où la séro-réaction confirme le diagnostic clinique. Mais à côté de ces cas, où la réaction sérologique donne des résultats positifs, il existe un grand nombre de cas semblables où elle reste négative.

Nous avons montré des observations où il semble qu'on soit en plein droit d'incriminer la syphilis, où l'on s'attend à un résultat sérologique positif et où on a la surprise d'obtenir une réponse négative.

---

(1) La femme avait contracté la syphilis 6 mois avant sa gestation ; traitée, sa sérologie était négative 15 jours avant la conception.

Nous avons aussi vu, d'après notre relevé, que les pourcentages de réactions positives chez la mère, obtenus sur un grand nombre de cas sont de :

9,7 % pour l'hydramnios.
17,3 % pour l'hypertrophie placentaire.
30 % pour les macérés.
11,2 % pour le gros enfant.
39,6 % pour l'enfant suspect de syphilis.
6,6 % pour les malformations fœtales.
21,6 % pour la polyléthalité infantile.
8,5 % pour l'albuminurie.
11,3 % pour l'avortement.
17,6 % pour l'accouchement prématuré.
5,8 % pour la gémellité uniovulaire.

Les deux groupes pour lesquels nous avons obtenu les plus forts pourcentages sont celui de l'enfant suspect de syphilis avec 39,6 % de positivité et celui des macérés avec 30 % de positivité.

Les deux groupes pour lesquels nous avons obtenu les plus faibles pourcentages sont représentés par la gemellité uniovulaire avec 5,8 % de positivité et les malformations fœtales avec 6,6 % de résultats positifs.

Ces chiffres de réactions sérologiques positives paraissent évidemment très inférieurs à ceux que l'on s'attendrait à trouver. Mais avant de discuter cette question, il faudrait pouvoir affirmer que tous ces incidents doivent bien être considérés comme syphilitiques. Les objections ne manqueraient pas de surgir, car, en effet, il n'est pas possible actuellement de démontrer que ces incidents soient *toujours* d'origine syphilitique. Il se peut, d'ailleurs, qu'il existe des causes que nous ne connaissions pas et qui puissent déterminer la mort du fœtus in utéro, l'accouchement prématuré, etc...

CHAPITRE II

Réactions Sérologiques Solitaires

Mais aujourd'hui ce n'est pas seulement chez les femmes gravides suspectes de syphilis que l'on pratique la séro-réaction.

Tous les auteurs reconnaissent l'importance considérable qu'elle peut avoir en révélant des syphilis cliniquement silencieuses. Aussi fait-on, dans un certain nombre de Maternités, à la Clinique Baudelocque en particulier (depuis 1927), systématiquement, à toute femme venant consulter pour sa gestation, un examen sérologique.

La plupart des auteurs considèrent cependant que le nombre de cas où la sérologie permet de dépister des syphilis latentes reste encore limité. « Le seul appoint que nous donne la recherche systématique de la réaction sérologique, appoint non négligeable d'ailleurs, dit M. le Professeur Couvelaire, est de mettre en évidence quelques syphilis latentes dont l'enquête clinique et l'examen de l'œuf au moment de la naissance ne nous permettraient pas de soupçonner l'existence ».

Il reste encore un point à préciser, savoir si ces réactions positives, chez les femmes apparemment saines sont bien toujours une preuve de syphilis. Nous parlons évidemment des cas où la positivité de la séro-réaction constitue un signe absolument solitaire sans que l'examen de la femme révèle

quoi que soit de suspect et où l'examen de l'enfant reste également négatif.

La possibilité d'une erreur de technique étant éliminée, il y a lieu de se demander si la gestation par elle-même n'est pas capable d'engendrer cette positivité au même titre que certaines affections aiguës ou certaines cachexies.

Il est superflu de rappeler qu'un grand nombre d'auteurs ont insisté sur l'existence de réactions improprement positives au cours de certaines maladies aiguës, de certaines affections rares comme le pian et la lèpre, dans certaines cachexies et dans les infections fuso-spirillaires de Vincent.

Pour les uns comme Ravaut, Nicolas et d'autres, ces réactions sont fréquentes.

Pour d'autres, comme Ronchèse, le Professeur Gougerot, elles sont très rares, mais existent néanmoins.

Aussi est-il juste de se demander si la gestation peut, elle aussi, influencer la positivité de la réaction sérologique.

Fieux et Mauriac en 1912, au cours de leurs recherches sur le sérum des femmes gravides, trouvent chez celles en état de gestation de 1 à 5 mois, ne présentant aucun stigmate ni antécédent de syphilis, une sérologie positive dans les 2/3 des cas. Il en est de même des femmes ayant fait un avortement récent d'œuf jeune (Le procédé employé pour les examens était celui de Hecht).

Et les auteurs concluent que l'activité hémolysante du sérum de femme enceinte est quelquefois nulle et le plus souvent très diminuée, phénomène qu'ils attribuent à la présence d'anticorps placentaires dans le sang. Ce symptôme n'existerait que lors des premiers mois de la gestation et serait tellement caractéristique que Fieux et Mauriac voudraient en faire un séro-diagnostic de la gestation.

Mais ces réactions étaient pratiquées en 1912, avec le Hecht primitif, procédé qui donnait alors des causes d'erreur ; depuis il a été perfectionné et c'est aujourd'hui l'une des méthodes les plus sûres.

D'ailleurs le Professeur Bar, en 1907, admet avec Veit et

Scholten, la possibilité de présence d'anticorps placentaires dans le sang de la femme gravide, mais il conclut : « Que les recherches expérimentales pour démontrer le pouvoir hémolytique du placenta humain sur les globules rouges humains n'ont donné aucun résultat positif et que le sérum des femmes gravides saines ne se montre pas syncytiolytique pour le placenta humain ». Et en 1912, l'auteur déclare « un résultat positif dans nos pays où nous n'avons guère à compter avec les trypanosomiases, autorise à conclure que la femme est atteinte ».

Nobécourt et Bonnet en 1920, sur 276 réactions faites chez les femmes gravides et accouchées n'ont pas rencontré de réactions positives en dehors de la syphilis.

Smith en 1922, n'obtient sur 94 examens sérologiques pratiqués chez les femmes gravides et spécialement dans les trois dernières semaines de la gestation, aucune réaction non spécifique. L'auteur croit que les réactions considérées comme non spécifiques correspondent, en réalité, à des syphilis latentes.

Lasseur et Vermelin en 1923, à l'examen de 148 sérums de femmes gravides et accouchées n'obtiennent pas de réactions non spécifiques.

Pour Georgi et Handorn (1923), Boas et Gammeltoft (1926) seul le sang rétroplacentaire peut donner des résultats non spécifiques.

Krefting en 1924, à l'examen de sérum lors de la gestation et pendant le travail, ne relève aucune réaction non spécifique.

M. Marcel Pinard affirme n'avoir jamais constaté de réaction sérologique positive par le seul fait de la gestation ou de la puerpéralité.

Cependant certains auteurs ont rapporté des cas dans lesquels une réaction positive fut enregistrée sans qu'on ait pu déceler un signe quelconque de syphilis.

C'est ainsi que Bunzel, Heymann, Whitridge Williams, Ech et Wieloch, Bathe, Sequiera, MM. Gaujoux et Foulquier, Klaften et Kalman, le Professeur Brindeau, Keidel et Moore,

Belding et Hunter, Fordyce et Rosen, Willenbücher, Peeck, ont rapporté des cas dans lesquels une réaction positive fut enregistrée sans qu'on ait pu déceler un signe quelconque de syphilis chez la mère ou chez l'enfant. Nous avons déjà exposé ces faits, en détail, à l'Historique (pp. 16, 17 et 18).

Nous avons remarqué des observations semblables à la Clinique Baudelocque, mais leur nombre ne nous a pas paru considérable.

En les examinant attentivement il nous a semblé parfois qu'il s'agissait peut-être de réactions improprement positives. Nous ne pouvons cependant l'affirmer, car il reste toujours possible qu'une erreur se glisse dans l'interprétation de ces réactions si délicates, ou bien lorsque refaites elles restent positives une deuxième et troisième fois, on ne peut dire qu'il ne s'agit pas de quelque syphilis latente.

Nous ne parlons ici, évidemment, que de réactions pratiquées avec le sang veineux, car Boas et Gammeltoft, ainsi qu'un grand nombre d'autres auteurs, ont montré que le sang rétro-placentaire donne très souvent des réactions non spécifiques.

C'est ainsi qu'en pratiquant sur 273 parturientes des réactions sérologiques diverses pour le diagnostic de syphilis à la fois avec le sang veineux et le sang rétro-placentaire, Boas et Gammeltoft ont obtenu chez : 17 femmes une réaction positive dans les deux sangs, chez 211 femmes une réaction négative dans les deux sangs et chez 45 femmes des résultats différents dans les deux sangs.

Ces 45 femmes avaient toutes une réaction négative dans le sang veineux et une réaction positive dans le sang rétro-placentaire, et chez deux d'entre elles seulement il y avait des signes cliniques ou anamnestiques de syphilis.

Vingt-trois de ces 45 femmes ont pu être suivies durant de longs mois et une nouvelle réaction pratiquée chez elles, avec le sang veineux, 6 mois après l'accouchement resta négative. D'ailleurs 16 enfants de ces femmes avaient à cette date une séro-réaction négative et ne présentaient aucun signe de syphilis.

Nous aurions voulu donner un pourcentage de ces réactions solitaires, mais ceci demande des statistiques portant sur toutes les femmes venues consulter à une époque déterminée ayant été suivies pendant leur gestation et ayant accouché ensuite à la Clinique, ce que nous n'avons pu faire. Aussi citerons-nous seulement quelques exemples.

Observation CIX. — N° 1565, 20 ans, primipare.

A. H. : Père bacillaire.

Mère bien portante.

A. C. : deux sœurs bien portantes.

A. P. : née à terme. Réglée à 15 ans, régulièrement, durée 4 à 5 jours. Aucune maladie importante.

1re gestation : D. R. du 7 au 19 novembre, à terme.

Gestation normale, bien supportée, jamais d'albumine dans les urines.

Rien à l'examen général, cœur, poumons normaux. Pas de stigmates de syphilis acquise ou héréditaire. Réflexes normaux.

Procréateur : 26 ans, bien portant.

Accouche le 7-9-25, à terme, d'un enfant vivant de 3.750/530, enfant bien constitué, foie, rate normaux, rien à la peau. Réaction sérologique positive chez la femme.

L'enfant revu le 4 novembre 1925, poids 5.150 gr., progression de poids, normale, foie et rate normaux, pas de lésions cutanéo-muqueuses. Revu le 10-12-29, bien portant, n'a jamais rien eu de particulier.

La femme a eu une 2e gestation en 1927, accouchement à terme d'un enfant vivant. Réaction sérologique refaite à ce moment : négative. Procréateur différent. Mère et enfants n'ont pas été traités. Se portent bien tous les trois (10-12-29).

Observation CX. — N° 1106, 23 ans, primipare.

A. H. : père mort à 45 ans de pleurésie purulente.

Mère bien portante.

A. C. : 4 frères bien portants, 1 sœur morte de pneumonie.

A. P. : rougeole dans l'enfance.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

1re gestation : D. R. du 21 au 25 septembre. Gestation normale.

A l'examen : au cœur : souffle extra-cardiaque. Rien par ailleurs, urines normales. T. A. : 13 1/2/6. Urée : 0,21. Réaction sérologique positive le 26-6-25.

Le 4 juillet, la femme accouche à terme d'un enfant vivant de

3.740/570. L'examen de l'enfant ne révèle aucun signe de syphilis, foie et rate non palpables, peau, squelette normaux. Se développe bien ; à 15 jours pèse 4,100 gr.

Le 11-12-29, nouvelles données par la tante de l'enfant : celui-ci est bien portant, la mère également, n'a pas eu d'autre gestation.

Observation CXI. — N° 2911-709. — 17 ans, primipare.

A. H. : Père vivant.

Mère morte de septicémie puerpérale ; 3 enfants vivants, bien portants.

A. P. : Bonne santé dans l'enfance.

Réglée à 11 ans et demi.

Dit n'avoir jamais eu d'éruption cutanée, aucune syphilis connue d'elle.

1re gestation : D. R. du 6 au 10 mars 1929. Gestation normale.

A l'examen : rien de particulier, réflexes normaux. Réaction sérologique positive le 19-11-29.

Accouche à Baudelocque, le 24-12-29, à terme, d'un enfant vivant de 3.700/530.

Réaction sérologique chez le procréateur : négative le 4-1-30.

Femme revue le 6-2-1930, bien portante, réaction sérologique négative.

L'enfant : élevé au biberon, ne présente aucun signe de syphilis. Progression de poids, normale.

Pour terminer ce chapitre, nous dirons qu'on ne peut poser le diagnostic de syphilis sur la seule constatation d'une sérologie positive.

La présence d'une réaction positive imprévue demande avant tout un examen clinique et anamnestique complet de la femme. Si cet examen reste négatif, la réaction sérologique doit être refaite une deuxième, puis une troisième fois, dans des conditions techniques impeccables, bien entendu. Et de l'avis de la plupart des auteurs, si toutes ces réactions restent positives constamment et d'une façon nette, l'on sera en droit de considérer la femme comme syphilitique, et partant d'instituer un traitement approprié.

CHAPITRE III

Variations de la Réaction Sérologique

Nous étudierons maintenant les différentes variations que peut présenter la séro-réaction au cours de l'évolution d'une même gestation et à sa terminaison.

Nous ne donnerons pas ici de statistiques avec pourcentages car pour cela il aurait fallu pratiquer systématiquement chez les mêmes femmes, un examen sérologique pendant la gestation, lors de l'accouchement et dans les suites de couches, ce que nous n'avons pu faire. Aussi exposerons-nous surtout les faits observés par certains auteurs et ajouterons seulement quelques cas de la clinique Baudelocque.

D'ailleurs, ces cas nous ont paru très rares, car c'est avec la plus grande peine que nous avons pu réunir quelques observations.

Ce sont surtout les Américains qui ont insisté sur ces faits.

Certains d'entre eux ont vu la réaction sérologique changer de signe au cours d'une même gestation.

C'est ainsi que Moore au cours de ses recherches sur 200 cas de syphilis chez la femme gravide constata 28 fois (7 fois chez des primipares, 18 fois chez des multipares, 3 fois chez des mères d'enfants syphilitiques) des variations dans les résultats de la séro-réaction.

Voici un tableau représentant ces fluctuations dans trois des cas observés par lui :

OBSERVATIONS	DATE	BAIN CHAUD	GLACIÈRE		TERME de la GESTATION lors de la 1re sér. réac.	TRAITEMENT
		Cholestérine	Cholestérine	Extrait alcoolique		
297	11-9-21	2	4	4	4 mois	aucun
	12 6-21	4	4	4		
	12-8-21	0	3	2		
	12-10-21	4	4	4		
	12-23-21	0	-	-		
328	9-15-21	2	4	4	8 mois	aucun
	9-28-21	0	4	2		
	10-11-21	1	4	4		
	10-18-21	4	4	4		
312	5-28-21	4	4	4	6 mois	aucun
	6-16-21	0	-	-		
	7-8-21	0	4	1		
	7-20-21	4	4	4		

(In Bulletin of the Johns Hopkins. Hospital, mars 1923).

Observations de la Clinique Baudelocque :

Observation CXII. — N° 1534, 22 ans, primipare.

A. H. : rien à signaler.

A. C. : 10 frères et sœurs, dont 2 morts en bas âge.

1re gestation : D. R. du 13 au 16 septembre.

A l'examen, rien de suspect. Réaction sérologique positive le 17 avril, comme sa gestation est déjà très avancée on n'institue pas de traitement.

Réaction sérologique refaite le 20 avril toujours positive. Refaite le 24 mai, complètement négative.

Le 22 juin, accouche à terme d'un enfant de 3.310 gr. 700.

Observation CXIII. — N° 2802-68, 19 ans, primipare.

A. H. : rien de particulier.

A. P. : aucune maladie.

Première gestaion, DR. du 20 au 25 mai, accouchement à terme d'un enfant vivant de 2.730/520.

A l'examen général : pas d'éruption, voûte ogivale, mauvaise denture, réflexes normaux ; réaction sérologique négative le 6-8-27, positive le 31-12 (jour de l'accouchement), négative le 14-1-28, positive le 29-2-28.

Le procréateur :

A. H. : père mort à 67 ans.

Mère morte à la suite d'une opération, 11 enfants, 4 morts dans l'enfance.

A l'examen : pas de signes visibles d'hérédo-syphilis, réflexes normaux. Réaction sérologique négative le 1-2-28.

L'enfant : abdomen étalé, craniotabès à droite, large fontanelle antérieure, mis au sulfarsénol.

Certains auteurs ont encore vu la séro-réaction rester positive au début et durant toute l'évolution de la gestation et devenir négative après l'accouchement.

Falls et Moore rapportèrent, les premiers, le cas d'une femme dont la réaction sérologique positive lors de la gestation était devenue négative après l'accouchement. Mais le cas était complexe, car la femme était une éclamptique.

Menten publie en mai 1918 un article dans lequel il montre de nombreux cas où la réaction sérologique, de positive pendant la gestation, est devenue négative lors de la période d'accouchement et persista telle ensuite.

Rappelons d'abord la technique qui fut adoptée pour ces examens : du sang fut prélevé au pli du coude, au moment même de l'accouchement et plusieurs fois ensuite dans les suites de couches. On se servit d'un système hémolytique anti-humain, comme complément, de sérum de cobaye dilué à 5 % et de 2 antigènes, l'un à l'acétone et l'autre à la cholestérine (extrait alcoolique de cœur de cobaye additionné de 0,4 % de cholestérine). — Les sérums étaient

inactivés à 38°, pendant 3 minutes. Le nombre total des sérums examinés était de 357 ; 48 donnèrent un résultat positif.

Chez 26 de ces femmes à réaction positive et qui ne reçurent aucun traitement, on répéta la réaction, à plusieurs reprises, dans l'espace de deux semaines. Chez 12 d'entre elles, elle resta positive tandis que chez les 14 autres, elle était devenue négative et resta telle lorsque les femmes quittèrent l'hôpital, c'est-à-dire au bout de 15 jours.

Au moyen de différents contrôles, Menten acquit la conviction que ce changement ne pouvait être dû à une erreur de technique. Il se demanda alors si les réactions positives que présentèrent ces femmes pendant la gestation n'étaient pas des réactions improprement positives. Mais l'interrogatoire et l'examen clinique montrèrent qu'il s'agissait bien de syphilitiques. D'ailleurs, la confirmation était fournie par l'examen microscopique des placentas qui montra des lésions d'endartérite et d'endophlébite avec prolifération intense du tissu conjonctif.

Pour expliquer ces variations de la réaction sérologique l'auteur pense que dans ces cas il existe dans l'organisme, des spirochètes non virulents qui, à la faveur des modifications du sang sous l'influence de l'état de gestation, deviennent virulents. Les modifications des propriétés sérologiques lors de l'état de parturition leur permettent de retrouver leur état de latence.

Et l'auteur considère que d'une part la valeur de la réaction sérologique est plus grande à la période d'ante-partum qu'à celle de post-partum. Et que, d'autre part, la parturition à elle seule est capable de créer des modifications sensibles de certaines propriétés du sérum.

En 1920, Witridge Williams observe 3 femmes qui lors de la gestation présentèrent une réaction sérologique positive et qui n'ayant reçu aucun traitement donnèrent naissance à des enfants syphilitiques ; mais en répétant la séro-réaction quelques semaines et quelques mois après

l'accouchement il fut surpris de voir qu'elle était devenue négative. L'auteur voit là une présomption en faveur de la loi de Colles.

Keidel, signale des cas semblables.

Fordyce et Rosen en 1924 obtinrent des réactions positives chez 40 femmes gravides, refaites après l'accouchement toutes ces réactions sont devenues négatives cependant que les mères et les enfants ne présentaient aucun signe suspect.

Par contre, pour Klaften et Kalman, la transformation d'une réaction sérologique de positive pendant la gestation en négative après l'accouchement est très discutable.

Mac Cord, en 1927, pratiqua chez 500 femmes une première réaction lors de leur première visite à la consultation des femmes gravides et une seconde lors de l'accouchement. Toutes ces analyses furent effectuées par le Département pathologique de l'Université d'Emory. Les réactions de ces 500 femmes ont concordé dans 87 % des cas. Dans 39 cas la séro-réaction fut positive pendant la gestation et négative au moment du travail, soit dans 7,8 % des cas. De ces 39 femmes, 31 avaient reçu un traitement anti syphilitique. Si donc on déduit ces cas il y eut concordance dans 93 % des cas.

Dans 26 cas la séro-réaction était négative pendant la gestation et positive au moment du travail, soit dans 5,1 % des cas.

Chez 35 femmes en cours de traitement, la réaction sérologique, positive lors de la gestation, resta telle au moment du travail, soit dans 7 % des cas.

Pour terminer ce chapitre, nous citerons une observation de la clinique Baudelocque.

Observation CXIV. — N° 2802-135. — 24 ans, primipare.

A. H. : rien à signaler.

A. P. : réglée à 12 ans.

Première gestation. DR. du 4 au 7 juillet, 7e mois, enfant vivant, pas d'albumine dans les urines.

Céphalées fréquentes ayant existé déjà dans l'adolescence, mais ac-

centuées depuis le mariage, bonne denture, pas de stigmates de syphilis. Réaction sérologique positive.

Le procréateur :

A. H. : parents bien portants.

A. P. : aucune maladie importante, nie toute syphilis acquise. Leucoplasie jugale bi-latérale. Réaction sérologique positive le 23-1-28.

La femme accouche le 13-3-28, d'un enfant à terme, bien constitué.

Femme revue le 4-7-28, réaction sérologique complètement négative.

Voir aussi les observations CIX et CXI pp. 125 et 126.

Il faut encore noter que selon certains auteurs une réaction sérologique, négative durant toute la gestation, peut devenir positive après l'accouchement.

Klaften et Kalman, en 1923, ont observé plusieurs cas où la séro-réaction fut négative au moment de l'accouchement, faiblement positive immédiatement après, et totalement positive quelques jours plus tard.

Muller cite un cas de syphilis secondaire où la réaction sérologique, positive lors de la gestation, est devenue négative dans les premiers jours des suites de couches et n'est redevenue positive qu'un peu plus tard.

Urech rapporte 3 observations d'enfants manifestement syphilitiques, avec séro-réaction négative des père et mère. Dans 1 cas la séro-réaction de la mère devint positive 2 mois après l'accouchement.

Moore a vu sur 200 cas de syphilis chez la femme gravide, 5 femmes mettre au monde des enfants syphilitiques et chez lesquelles la réaction sérologique, restée négative durant toute la gestation, devint positive peu de temps après l'accouchement.

Nous citerons 1 cas semblable observé à la clinique Baudelocque.

Observation CXV. — N° 1902, 2e gestation.

A. H. : rien de particulier.

A. P. : Nie toute syphilis acquise.

1re gestation en 1912, accouchement à terme d'un enfant vivant, élevé au sein maternel, mort à 9 mois de ?

2e gestation : D. R. du 20 au 25 juin, 9e mois. Il paraît s'agir d'un gros œuf avec excès de liquide, enfant vivant.

L'examen de la mère ne révèle rien de particulier, pas de stigmates de syphilis, urines normales, rien au cœur. Réaction sérologique négative.

Le 8 mars, mort du fœtus in utero. Le 10 mars, expulsion du fœtus couvert de phlyctènes.

Le 13 mars, nouvelle réaction sérologique : à moitié positive.

Il faut encore insister sur un fait que l'on observe assez fréquemment : les résultats différents obtenus chez l'un et l'autre procréateur.

C'est ainsi que la réaction sérologique peut être positive chez la mère alors qu'elle reste négative chez le père, mais surtout elle peut donner un résultat positif chez le père et négatif chez la mère d'un enfant syphilitique.

Nous citerons rapidement quelques exemples se rapportant aux cas de la 1re catégorie, car ces faits sont compréhensibles et répondent aux opinions admises aujourd'hui sur la transmission de la syphilis héréditaire.

Observation CXVI. — N° 2501-50, 36 ans, 5e gestation.

Malade envoyée par son médecin pour polyléthalité infantile.

Rien d'intéressant dans ses antécédents.

Réglée à 12 ans, mariée à 21.

1re gestation en 1910, accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant mort 15 jours avant l'expulsion.

2e gestation en 1914, avortement de 2 mois.

3e gestation en 1916, avortement de 2 mois.

4e gestation, enfant né à terme, mort à 9 mois, de méningite.

5e gestation en 1924, enfant né à terme, mort à 3 mois, de méningite avec lésions syphilitiques cutanées.

A l'interrogatoire on apprend que la malade a contracté la syphilis avant le mariage et a été soignée par des injections intramusculaires d'un produit, dont elle ne connaît pas le nom.

Céphalées constantes. Vue à peu près nulle de l'œil droit depuis 4 ans. Réflexes pupillaires et patellaires normaux. Réaction sérologique positive le 21-1-25.

Le procréateur : 42 ans.

A. H. : rien à signaler.

A. P. : aucun antécédent intéressant. Pas de syphilis acquise, pas de stigmates d'hérédo-syphilis, réaction sérologique négative le 21-1-25. P. L. : albumine ? 0,10 ; lym. : 0,6. T. : Gn. B.-W. = 00.

Observation CXVII. — N° 2504-179, 28 ans, 2e gestation.

Vient consulter parce que son enfant âgé de 2 mois et 3 semaines présente des lésions cutanéo-muqueuses.

A. H. : parents vivants : père 56 ans, bien portant, mère 55 ans, diabétique.

A. C. : 1 frère bien portant.

A. P. : maladies de l'enfance.

Réglée à 13 ans.

1re gestation, avortement de 3 mois.

2e gestation à terme, l'enfant amené à la consultation.

A l'examen : légère coalescence des sourcils, rien d'autre à signaler. Réaction sérologique positive.

L'enfant : né à terme, en ville, le 13-1-25. Depuis 1 mois présente, au niveau de l'anus, sur la face postérieure des cuisses et sur les bourses, des ulcérations arrondies, infiltrées, à contour circiné. Syphilides papulo-érosives des fesses, fissures labiales. Coryza persistant, gros foie et grosse rate. Réaction sérologique le 3-4-25 : fortement positive. Mis au traitement antisyphilitique, amélioration rapide des lésions, puis disparition complète.

Le procréateur :

A. H. : rien à signaler.

A. C. : 6 frères et 1 sœur, tous bien portants.

A. P. : aucune maladie dans l'enfance, a eu la blennorrhagie, nie toute syphilis acquise. Réaction sérologique négative le 13-5-25, négative encore le 5-10-25.

Plus intéressants sont les cas de la 2e catégorie, c'est-à-dire ceux où la réaction sérologique est positive chez le père alors qu'elle reste négative chez la mère.

Voici d'abord quelques exemples :

Observation CXVIII. — N° 2401-50, 21 ans, 2e gestation.

Rien de particulier dans les antécédents.

Première gestation en 1921, accouchement à terme d'un enfant de

2.100 gr. élevé au sein maternel jusqu'à 9 mois, mort 10 jours après la suppression de l'allaitement maternel.

2e gestation en 1923, surveillée à Baudelocque, semble évoluer normalement mais se termine prématurément au 8e mois, par la naissance d'un enfant vivant de 2.270/570. L'enfant présente des bulles de pemphigus plantaire et palmaire, mort au bout d'une heure. Le placenta a l'aspect de chair à saucisse, il pèse 570 gr.

A l'autopsie : foie 135 gr., rate 8gr., pas de tréponèmes à l'examen des coupes.

L'examen de la mère ne révèle aucun stigmate de syphilis. Réaction sérologique négative.

Le procréateur ne présente également rien à l'examen, mais sa séroréaction est fortement positive.

Observation CXIX. — N° 2001-1, 3e gestation.

Envoyée au Dispensaire pour accouchement prématuré.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Première gestation en 1918, avortement de 5 mois.

2e gestation en 1919, accouchement prématuré à 7 mois d'un mort et macéré.

3e gestation en 1919, DR, octobre, 3e mois, gestation normale, pas d'albumine dans les urines.

A l'examen : aucun signe de syphilis chez la femme.

Le procréateur a contracté la syphilis en Algérie, mais refuse de se faire traiter.

Réaction sérologique (chez la femme), négative le 7-1-20. Positive chez le mari le 7-1-20.

Observation CXX. — N° 409, 3e gestation.

Accouchement spontané au cours du 7e mois, d'un enfant vivant de 1550/350.

Première gestation en 1922, accouchement à 8 mois d'un mort et macéré. Réaction sérologique négative.

2e gestation en 1924, avortement de 5 mois.

3e gest. DR. 12 juin 1926. Vu ses antécédents son médecin lui conseille de consulter à Baudelocque. Là on pratique de nouveau un examen sérologique toujours négatif. On institue néanmoins un traitement au novar, et lui demande d'amener son mari. Celui-ci se plaint de maux de tête fréquents, dit n'avoir jamais rien remarqué de suspect. Réaction sérologique fortement positive.

Observation CXXI. — N° 2806-387, 27 ans, 2e gestation.

Envoyée à la consultation de syphiligraphie pour son enfant qui ne profite pas et vomit.

Enfant de 4 mois, né à terme, 4.500 gr., nourri au sein.

A l'examen : enfant très pâle, fontanelle large, bosses frontales saillantes, crâne volumineux, avec circulation veineuse superficielle très développée, grosse rate, foie augmenté de volume. Réaction sérologique positive.

La mère de l'enfant ne présente rien de particulier à l'examen.

Première gestation en 1919, accouchement à terme d'un enfant vivant bien portant.

2e gestation en 1928, accouchement à terme d'un enfant vivant, le consultant. Réaction sérologique négative chez la mère.

Le procréateur : rien dans ses antécédents, nie toute syphilis acquise. Réaction sérologique partiellement positive.

L'enfant aîné : 9 ans, né à terme, enfant paraissant bien constitué. Réaction sérologique positive.

Observation CXXII. — N° 2806-383, 27 ans, primipare.

Femme envoyée au Dispensaire Valancourt pour son enfant hérédo-syphilitique.

Né le 25-4-28 à terme, élevé au sein maternel. Présente sur les membres inférieurs une éruption peu colorée chocolat clair, formant légèrement saillie. Coryza bi-latéral avec croûtes nasales. Rate augmentée de volume.

Réaction sérologique chez l'enfant (âgé de 2 mois), fortement positive.

Pas de syphilis connue chez la mère, aucun stigmate à l'examen. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Réaction sérologique négative le 27-6-28.

Le procréateur : accident primitif en avril 1925, consulte 8 jours après : tréponèmes à l'ultra-microscope. Réaction sérologique positive le 7-5-25. Traité immédiatement, il reçoit 11 injections de 914 et le 28-10-25 sa réaction sérologique est négative. Trois autres séries de 914, se marie après la 4e série alors que sa réaction sérologique est négative.

Observation CXXIII. — La malade N° 436, 25 ans, malgré un excellent état général, malgré un B.-W. négatif, même au Desmoulières (H. 8), le 11 et le 16 mai 1919, vient d'expulser un fœtus macéré de 5 mois et demi ; mais le B.-W. du mari N° 441, est 100 fois positif.

— Il en est de même d'une autre femme ; son B.-W. est négatif (H8) et le mari a un B.-W. 40 fois positif ; elle expulse un fœtus macéré.

— Il en est de même d'une autre femme ; son B.-W. est négatif le B.-W. du père (N° 1009) est 10 fois positif ; l'enfant a eu à l'âge de 45 jours une éruption syphilitique papuleuse et son B.-W. est fortement positif. (Gougerot, in Journal des Praticiens, 29 nov. 1924).

Il semble, dit l'auteur « que la mère était porteur de l'œuf syphilitique sans être syphilisée ».

Observation CXXIV. — Il s'agit d'une femme qui après avoir eu 5 accouchements spontanés d'enfants vivants et bien portants accouche en 1916 d'un macéré syphilitique. Comme sa réaction est négative, on pratique celle du mari, elles est positive.

En 1917, elle accouche prématurément de deux jumeaux macérés, syphilitiques. Sa réaction sérologique refaite est encore négative, celle du mari toujours positive. Une fois encore ni l'un, ni l'autre ne sont traités.

L'année suivante la femme revient, au début de sa 8e gestation sa réaction sérologique est toujours négative, celle du mari positive. La femme est soumise à un traitement intensif avec pour résultat un accouchement à terme d'un enfant vivant. Le mari ne fut pas traité. (Whitridge Williams, in Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, t. XXXI, N° 356, p. 342.

A propos de la constatation de ces réactions positives seulement chez le père on peut se demander si l'on est en droit d'envisager la possibilité d'une transmission paternelle de la syphilis au produit de conception avec immunisation de la mère.

Tout d'abord une séro-réaction négative chez la mère prouve-t-elle qu'elle soit indemne de syphilis ? On ne peut l'affirmer.

Il faut dire que seule la transmission maternelle par la circulation placentaire de l'infection syphilitique à l'enfant a été démontrée expérimentalement et est admise aujourd'hui par tous les auteurs, à l'exception de Hoschinger, de Routh, Wile, Whitridge Williams et M. Marcel Pinard.

La réaction sérologique, se montrant dans la plupart des cas positive chez les mères d'enfants syphilitique, confirme cette opinion.

La possibilité d'une hérédité paternelle exclusive n'a plus aujourd'hui que de rares partisans. Il est néanmoins impossible de démontrer son inexistence. Et la positivité uniquement paternelle de la réaction sérologique qu'on observe dans certains cas peut constituer un argument en faveur de cette hypothèse. Nous rappellerons les observations de la Clinique (V. pp. 134, 135, 136 et 137).

Pour terminer nous citerons un cas observé par Moore.

Observation CXXII. — Une femme de 37 ans, est envoyée dans le service, parce que sa fille âgée de 9 ans présente des signes de syphilis congénitale. Le mari est d'ailleurs tabétique.

Ni l'examen clinique, ni l'anamnese ne permettent de déceler aucun stigmate de syphilis chez la femme. La réaction sérologique pratiquée à plusieurs reprises reste négative. On est sur le point d'étiqueter ce cas comme un exemple typique de la loi de Colles, ou encore comme une syphilis ancienne guérie, lorsqu'une ponction lombaire révèle de la lymphocytose rachidienne et la réaction sérologique est franchement positive avec le liquide céphalo-rachidien. (Moore, in Bulletin of the Johns Hopkings Hospital, vol. XXXIV, N° 385, p. 95).

DEUXIÈME PARTIE

Fréquence et Pathogénie des Imperfections de la Séro-Réaction au Cours de la Puerpéralité

Nous avons vu qu'au cours des syphilis évolutives les résultats de la réaction sérologique sont très voisins de ceux qu'on observe en dehors de l'état de gestation ou de puerpéralité.

Par contre, au cours des syphilis latentes il existe des cas d'incidents obstétricaux paraissant devoir relever de la syphilis et où la réaction sérologique reste cependant négative. Si l'on admet donc, et à cette condition seulement, que ces incidents sont dans le plus grand nombre des cas dus à la syphilis, la séro-réaction reste au-dessous de la vérité.

Nous avons aussi vu que d'après les constatations de certains auteurs la sérologie peut varier dans ses résultats lors des différentes périodes de la gestation.

Que l'on peut observer une séro-réaction positive chez le père d'un enfant syphilitique et négative chez la mère alors qu'il est difficile d'admettre qu'elle soit exempte de syphilis dans ces cas.

La réaction sérologique présente ainsi certaines imperfections.

Il faut d'abord poser ce principe que lorsque par l'examen clinique l'on est en droit de suspecter la syphilis chez une femme gravide et que sa séro-réaction reste négative, il faut la répéter, si elle est encore négative il y a lieu de pratiquer une réactivation et refaire l'examen sérologique ensuite.

C'est seulement après avoir ainsi procédé que l'on peut parler de réaction sérologique négative.

Il faut tout d'abord penser à la possibilité d'une erreur de technique. Cette cause étant éliminée, se pose alors la très grosse question de savoir si la gestation en elle-même est capable de fausser les résultats de la réaction, surtout dans le sens de négativité. Rappelons qu'il faudra toujours s'enquérir de la possibilité d'un traitement antérieur dont nous connaissons l'action négativante.

Mais dans la majorité des cas, on ne trouve pas de raison expliquant cette négativité, force est donc d'admettre que la gestation contribue à ce phénomène :

Nombreuses sont les explications proposées :

a) Pour le Professeur Bar et M. Daunay, le fléchissement de la séro-réaction est analogue à la déficience de la réaction à la tuberculine que l'on observe chez les femmes gravides atteintes de tuberculose, et est dû à une inactivation de tous les anticorps.

Cette hypothèse ne saurait être admise aujourd'hui ; la réaction sérologique n'étant pas fondée sur la présence d'anticorps.

b) M. Bory invoque la notion de porteurs de germes. Le germe de la syphilis apporté avec le sperme pourrait, comme les spermatozoïdes, être conservé, tout en gardant sa virulence, localisé dans le conduit salpingien ou la région ovarienne et pénétrer à un moment donné dans l'ovule fécondé. Ceci expliquerait, selon l'auteur, la négativité de la

séro-réaction chez ces femmes qui sont des porteurs de germes et non des syphilitiques.

c) Lasseur et Vermelin se demandent si l'on n'aurait pas affaire à des phénomènes qui seraient en quelque sorte analogues à ceux qu'on observe dans l'action physiologique d'un médicament.

Les réactions négatives pourraient être dues à l'absence ou à la diminution considérable des modifications humorales, cet état de choses étant la conséquence, soit d'une sorte d'accoutumance de l'organisme, soit de variations biologiques de l'agent pathogène. Ces dernières étant dues au séjour prolongé du germe microbien dans un organisme déterminé.

d) Pour Routh, les ferments du chorion, jetés dans la circulation maternelle, sont bactéricides pour les tréponèmes. Ils fragmentent ces spirochètes en granules et ceux-ci, sous l'influence de ces mêmes ferments, sont en partie détruits et en partie rendus biologiquement inactifs.

On comprend alors que la séro-réaction puisse être négative pendant la gestation. Celle-ci, une fois terminée, les ferments disparus, les granules retrouvent leur activité et se transforment en spirochètes.

La grande quantité de ces ferments entre la 6e et la 14e semaine de la gestation expliquerait la rareté des constatations de spirochètes dans les tissus des embryons avortés et la fréquence de ces constatations chez les macérés.

L'action de ces ferments se répétant à chaque gestation expliquerait la naissance ultérieure d'enfants sains et aussi pourquoi la syphilis est moins grave chez les femmes qui ont beaucoup enfanté que chez l'homme.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse et l'existence même de ces ferments n'a pas encore été prouvée.

e) Bien tentante est l'hypothèse de Moore.

Il signale d'abord que les modifications chimiques subies par le sang lors de l'état de gestation pourraient peut-être

jouer un certain rôle. Or, le taux de la cholestérinémie est augmenté chez la femme gravide.

L'auteur attire aussi l'attention sur les modifications de certaines glandes endocrines que l'on peut observer chez ces femmes. Mais on ne voit pas, tout au moins à l'heure actuelle, l'influence que ce fait pourrait avoir sur la négativité de la séro-réaction.

Autrement importante est la notion suivante sur laquelle l'auteur insiste beaucoup, savoir que la gestation a une influence inhibitrice sur la syphilis elle-même.

Les preuves qu'il donne sont multiples ; tout d'abord, les manifestations de la syphilis floride contractée au moment de la conception ou lors de la gestation seraient, et contrairement à l'opinion classique, assez atténuées.

Brown et Pearce ont essayé de le montrer expérimentalement. Ils ont inoculé le tréponème sous le derme de la verge et de la vulve de lapins sains, mâle et femelle. Les animaux ont réagi par l'éclosion de lésions indurées, caractéristiques, avec adénopathie correspondante, à l'endroit de l'inoculation.

En inoculant de la même manière 8 lapines fécondées, chez 4 il n'eut que des signes d'infection générale, chez 3 la réaction consista en une très légère et passagère infiltration à l'endroit de l'inoculation, sans adénopathie.

Moore a encore observé cet autre fait, bien que la participation du système nerveux lors des premières périodes de la syphilis ait lieu avec une fréquence égale chez l'homme et la femme non fécondée, la neuro-syphilis est néanmoins 3 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

En établissant des statistiques portant sur 5.410 malades syphilitiques s'étant présentés aux consultations de son service, il obtient :

Sur 2.972 cas de syphilis chez l'homme, 605 cas de neuro-syphilis, soit 20,35 % ;

Sur 2.438 cas de syphilis chez la femme, 158 cas de neuro-syphilis, soit 6,47 %.

Il a aussi constaté que le nombre de cas où le liquide céphalo-rachidien chez des anciennes syphilitiques présentait des modifications était deux fois plus grand chez celles qui n'avaient pas présenté de gestations après avoir contracté la syphilis que chez celles qui en avaient présenté.

Enfin, il a encore remarqué que la syphilis latente est presque deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

C'est ainsi que sur 5.410 syphilitiques, il compte : 715 cas de syphilis latente chez l'homme, soit 24,05 %, et 1160 cas de syphilis latente chez la femme, soit 47,57 %.

L'auteur pense que la moindre intensité des manifestations syphilitiques, la rareté de la neuro-syphilis et la fréquence de formes latentes de syphilis chez la femme sont précisément dues au fait qu'elles ont eu des gestations dans leur vie.

Il y aurait là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe pour la P. G. P., chez les paludéens.

On comprend alors que la séro-réaction soit plus souvent négative chez la femme gravide.

.....Quant à la possibilité de réactions improprement positives, engendrées par la gestation, nous avons dit plus haut que nous ne pouvions affirmer leur existence.

Mais comme certains auteurs les ont constatées, nous devons donner les hypothèses invoquées pour les expliquer.

a) C'est ainsi que pour les uns, un excès de bilirubine dans le sang est capable de fausser les résultats de la séro-réaction dans le sens de positivité. Déjà, le Professeur Bar et M. Daunay avaient attiré l'attention sur ce fait que quand il y avait ictère marqué, le sérum de femmes éclamptiques pouvait empêcher partiellement l'hémolyse.

Récemment, Mandelstamm et Nogeikoff ont constaté la bilirubinémie augmentée chez 80 % de femmes enceintes examinées. Mais cette influence des pigments biliaires est contestée. Dans nombre d'ictères, la réaction sérologique est négative.

b) D'autres invoquent les modifications des propriétés et l'augmentation du taux des globulines sanguines au cours de la gestation. On sait en effet que, pour Ronchèse, la réaction sérologique est due à un trouble qualitatif des albumines (activité prépondérante des globulines). Or, chez les femmes gravides, on observerait fréquemment des modifications importantes des globulines. Mais Forsmann, dans un travail récent sur la question, conclut que le taux des globulines est sans influence sur la réaction sérologique.

c) Enfin, pour d'autres auteurs, la réaction sérologique de la syphilis résulterait de l'apparition dans le sérum des syphilitiques de substances spéciales qui possèdent des affinités chimiques pour les lipoïdes des extraits d'organes. Or, selon ces mêmes auteurs, les corps lipoïdophiles seraient augmentés pendant la gestation. On comprend alors la possibilité d'accroissement du nombre de réactions positives.

Conclusions

I. Dans les syphilis évolutives, florides, primaire et secondaire, les résultats de la réaction sérologique sont, au cours de la gestation et de la puerpéralité, très analogues à ceux observés en dehors de la gestation ; 96 % au lieu de 99 %.

II. Dans les syphilis récentes des femmes gravides, traitées régulièrement et d'une façon intensive, la réaction sérologique est dans la majorité des cas négativée après une ou deux séries d'injections de 914 : 50 % de réactions sont devenues négatives après quelques injections de novarsénobenzol, 95 % après deux séries de 5 gr. 50, environ.

III. Chez l'adulte issu de parents syphilitiques, la positivité de la réaction sérologique est inconstante. Elle est très souvent négative, même dans les cas où l'évolution de l'œuf de 2e génération a été marquée par des accidents.

IV. Dans les syphilis anciennes, avec existence d'accidents évolutifs, les résultats de la sérologie sont très voisins de ceux qu'on observe en dehors de la gestation.

V. Dans les cas où seules les lésions ovulaires permettent de soupçonner une syphilis latente — un certain nombre de celles-ci pouvant d'ailleurs ne pas dépendre de la syphilis — la proportion des sérologies positives est sensiblement inférieure à celle des cas où la syphilis est sinon certaine du moins très vraisemblable ; le tableau ci-joint le prouve :

	Nombre de cas étudiés.	Syphilis diagnostiquée cliniquement	Nombre Global de Réactions sérologiques positives	Nombre de Réactions sérologiques positives concordant avec la clinique	Nombre de Réactions sérologiques pouvant avoir été négatives par le traitement.	Nombre de Réactions sérologiques positives sans signes cliniques
Hydramnios.....	52	12 (1)	5	4 (2)	1	0 (3)
Hypertrophie placentaire.....	345	84	60	36	14	24
Macérés.....	73	26	21	11	3	8
Gros enfant.....	95	20	10	5	6	3
Enfant suspect de syphilis.....	65	35	25	21	2	
Malformations fœtales.....	45	4	3	1	0	1
Polyléthalité infantile.....	112	39	23	18	6	2
Albuminurie.....	82	3	7	2	0	4
Avortement.....	99	18	11	5	2	2
Accouchement prématuré.....	173	47	29	18	7	6
Gémellité uniovulaire.....	18	5	1	1	1	0

(1) Ce chiffre a été obtenu par addition des cas de syphilis « cliniquement certaine et cliniquement probable »que nous avons étudiés à propos de chacun des incidents obstétricaux pouvant relever de la syphilis.

(2) Ce chiffre a été obtenu par addition des réactions sérologiques positives obtenues dans les cas de syphilis « cliniquement certaine et cliniquement probable » que nous avons étudiés d'après notre relevé.

(3) Ce chiffre représente le nombre de réactions sérologiques positives obtenues dans les « cas où la syphilis ne paraît pas cliniquement pouvoir être incriminée et chez les primipares, d'après notre relevé ».

Voir page 74, pour le sens exact que nous avons donné aux termes : cliniquement certaine, probable, etc...

Sur 2.000 femmes s'étant présentées à la Clinique Baudelocque de 1927 à 1928 et observées en série continue, M. le Professeur Couvelaire obtient par la réaction de Hecht 3 % de résultats positifs, soit une sérologie positive chez une femme sur 33. Alors que cliniquement on a été conduit à reconnaître ou à suspecter la syphilis dans 13 % des cas.

VI. La pratique systématique de la séro-réaction chez toute femme gravide peut à elle seule révéler la syphilis chez des femmes apparemment saines. Le pourcentage des cas où pendant la gestation et la puerpéralité la réaction sérologique seule révélerait une syphilis latente, ne serait que de 1 et 1/2 % selon M. le ProfesseurCouvelaire.

Pour certains auteurs, l'état de gestation ou de puerpéralité serait par lui-même capable de donner naissance à des réactions sérologiques positives. Un certain nombre d'observations en ont été signalées.

A notre sens il est extrêmement difficile de pouvoir affirmer l'existence de ces cas, tout au moins à l'heure actuelle.

VII. Certains auteurs ont observé des variations de la réaction sérologique au cours de l'évolution d'une même gestation, à sa terminaison et lors des suites de couches, indépendamment de tout traitement. Ces faits nous ont paru être très rares.

VIII. La réaction sérologique peut donner des résultats différents chez l'un et l'autre procréateur.

a) Elle peut être positive chez la mère d'un enfant syphilitique et négative chez le père.

b) Elle peut se montrer positive chez le père alors qu'elle est négative chez la mère.

Certains auteurs voient là un argument en faveur de l'hypothèse de syphilis héréditaire d'origine exclusivement paternelle.

IX. La pratique de la séro-réaction a-t-elle permis de fixer la part qui revient à chaque procréateur dans la transmission de la syhilis à l'enfant? et a-t-elle contribué à élucider le problème de la syphilis conceptionnelle?

a) En se montrant la plupart du temps positive chez les mères d'enfants syphilitiques, la sérologie apporte un argument de poids à l'opinion admise aujourd'hui par presque tous les auteurs, de la contamination de l'enfant seulement par la circulation maternelle.

b) Cependant la constatation d'une réaction sérologique positive chez le père d'un enfant syphilitique alors qu'elle reste négative chez la mère, peut permettre de ne pas rejeter d'une façon absolue la possibilité de l'hérédité germinative paternelle. On ne peut sur ce point conclure encore à l'heure actuelle.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La réaction sérologique est précieuse au cours de la gestation et de la puerpéralité, mais il serait imprudent de s'y fier aveuglément et en particulier de se baser sur une réaction négative pour rejeter le diagnostic de syphilis.

Les renseignements fournis par l'évolution de l'œuf, « véritable réaction ovulaire » (Professeur Couvelaire) joints à l'examen clinique des procréateurs et à l'enquête familiale, doivent dans les cas douteux primer la sérologie.

Dans aucun cas on ne saurait instituer un traitement sur la seule foi d'une unique séro-réaction positive avant d'avoir refait cet examen sérologique en s'adressant à plusieurs techniques éprouvées.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

Bibliographie

Nous restreignons notre index bibliographique à la seule énumération des travaux qui nous ont servi à l'édification de notre thèse.

Almkvist. — In Boas. Die Prophylaxe der angeborenen Syphilis.

Apert. — Les Jumeaux, Flammarion, Paris, 1923.

Auclair. — Etude des gros enfants nés en 1928, à la Maternité de l'hôpital Boucicaut. — Th. Paris, 1928.

Bab. — Die Luetische Infection in der Schwangerschaft und ihre Bedeutung für das Vererbungsproblem der Syphilis. — Centralbl. f. Bakt., 1909, LI, p. 250.

Bar. — Discussion Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 14 juin 1920, p. 175.

Bar et Daunay. — Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et le nouveau-né. — Obstétrique, 1909, pp. 1, 192, 260.

Bartholomew. — Syphilis as a cause of stiflbirths. — The Journ. of the American Medical Assocition, vol. LXX, n° 5, 2 février 1918, p. 289.

Belding et Hunter. — Cités par Boas et Gammeltoft. Das Verhalten des Wassermannschen Reaktion bei der Geburt. — Archiv. für Gynäk., mai 1926, p. 531.

Boas (Harold). — Die Prophylaxe der angeborenen Syphilis.

Boas (H.) et Gammeltoft. — Das Verhalten des Wassermannschen Reaktion bei der Geburt. — Archiv. für Gynäk., mai 1926, pp. 527, 537.

Bobrie. — Etude sur la syphilis post-conceptionnelle et l'hérédité syphilitique. — Th. Paris, 1912, n° 314.

Bory (Louis). — Syphilis conceptionnelle et réaction de Bordet-Wassermann. — Commun. Soc. de Méd. de Paris, 25 avril 1925.

Brindeau. — Bull. de l'Acad. de Médecine, 20 mars 1923, p. 362. — La Pratique de l'Art des Accouchements, 1927, t. II.

Brown et Pearce. — On the Reaction of Pregnant and Lactating Females to Inoculation with Treponema pallidum. — American Journ. Syph., 1920, t. IV, p. 593.

Buschke et Fischer. — In Boas. — Die Prophylaxe der angeborenen Syphilis.

Carle. — Quatrième et dernière note sur l'hérédo-syphilis, ses lois et leur interprétation. — Ann. de Derm. et Syphil., 1913, t. IV, p. 451.

— De l'influence comparée des générateurs dans l'hérédo-sépyilis. — Ann. de Derm. et Syphil., 1908, t. IX, p. 93.

— Deuxième note sur l'influence comparée des générateurs dans l'hérédo-syphilis. — Ann. de Derm. et Syphil., 1911, t. II, p. 72.

— Les nouvelles lois de l'hérédo-syphilis. — Presse médicale, 24 avril 1920, p. 244.

Chappaz. — Etudes de sérologie comparative entre le sang du cordon et le sang rétro-placentaire. — Gyn. et Obst., 1928, t. XVII, n° 4, p. 283.

Cord (Mac). — The reliability of the Wassermann reaction in pregnancy. — Amer. Journ. of Obst., février 1927, vol. XII, n° 2, p. 252.

Couvelaire. — Essais d'organisation de la prophylaxie de la syphilis congénitale. — Rapport à la Conférence de Défense sociale contre la syphilis, Nancy, 29, 30 et 31 mai 1928. Imprimerie Berger-Levrault, p. 303.

— Organisation de la lutte contre la syphilis héréditaire. — Procès-verbaux de la Conférence de Défense sociale contre la syphilis, Nancy, 29, 30 et 31 mai 1928, Imprimerie Berger-Levrault, p. 173.

— Discussion à la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris sur l'importance de la syphilis dans l'étiologie de la gest. gémell. uniov., séance du 14 juin 1920.

Daunay. — Remarques sur les résultats obtenus avec la réaction de Wassermann chez la femme enceinte en état de syphilis floride. — Archiv. mens. d'Obst. et de Gyn., 1912, n° 4, p. 320.

Delmas. — Wassermann conjugal et grossesse. — Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 1920, p. 296.

Deluca et Widakowich. — Recherches sur l'origine des gestations gémellaires uniovulaires. — Ann. de Gyn. et d'Obst., Paris 1918-1919, N° 12, p. 722.

Devraigne. — Syphilis et albuminuries gravidiques. — Bull. Médical, n° 55, déc. 1928, p. 1419.

Dujol et Laurent. — Prophylaxie de la syphilis héréditaire. — Presse Médicale, 21 décembre 1927, n° 102.

Favreau. — Réflexions sur les monstres. — Bul. S. O. G., 1925, p. 381.

Fieux et Mauriac. — Sur une particularité du sérum de la femme enceinte, cause d'erreur dans le séro-diagnostic de la syphilis, par les méthodes simplifiées. — Journ. de Méd. de Bordeaux, 1912, XLII, p. 184.

Flandin (Ch.). — De la valeur des réactions sérologiques dans la syphilis. — Presse Médicale, n° 98, 1928.

Fournier E. — In Pautrier. Syphilis et grossesse. — Le Monde Médical, mars 1924, n° 641, p. 156.

Fruhinsholz. — L'organisation de la lutte contre l'hérédo-syphilis. Rapport à la Conférence de Défense sociale contre la syphilis, Nancy, 1928, Imprimerie Berger-Levrault, p. 329.

— De l'origine syphilitique probable de certains placentas dits « albuminuriques ». — Gyn. et Obst., 1928, t. 1, p. 329.

Fruhinsholz et Abramovitz. — Les stigmates obstétricaux chez les hérédo-syphilitiques. — Gyn. et Obst., 1927, t. II, p. 500.

Garipuy. — Fonctionnement du service de prophylaxie antivénérienne à la Maternité de Toulouse. — Soc. de Méd., de Chirurg. et de Pharm. de Toulouse, in Presse Méd., 31 juillet 1926, p. 969.

Gaujoux et Foulquier. — Observations sur la réaction de Wassermann en Obstétrique. — Revue française de Gyn. et d'Obst., nov. 1922, p. 259.

Gougerot. — « Paradoxes et imperfections de la Réaction de Bordet-Wassermann ». — Journ. des Praticiens, 29 nov. 1924, n° 48, p. 785.

— Le traitement de la syphilis en clientèle. — Maloine, Paris, 1927.

— Syphilis nerveuses observées en une année de guerre. — Ann. des maladies vénériennes, septembre 1917, p. 530.

Hedinger. — Schweiz. mediz. Wochenschrift, août 1923, p. 828.

Houël, Jahier et Larribère. — Quelques observations de syphilis coexistant avec de l'albuminurie gravidique. — Bull. Soc. d'Obs. et de Gyn. de Paris, p. 636.

Jambon. — In Pébu. Brèves considérations sur les diverses étapes de la syphilis congénitale. — Journ. de Méd. de Lyon, 20 février 1915, p. 109.

Keidel. — In Williams. The value of the Wassermann reaction in obstetrics..... Johns Hopkins Hosp., octobre 1925, p. 341.

Klaften et Kalman. — Syphilis et gestation. — Zeitschr. f. Geb. und Gyn., 8 mai 1923.

Klee. — Weitere Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Syphilis und Schwangerschaft. — Monatschrift für Geb. und Gyn., février 1924, p. 293.

Laffont et Mèle. — Contribution à l'étude de la réaction de Bordet-Wassermann chez la femme enceinte. — Gyn. et Obst., 1928, t. XVII, n° 4, p. 257.

Lakaye. — Le tréponème dans le sperme. — Archiv. Méd. Belges, 1922, LXXV, p. 385.

Lasseur et Vermelin. — Le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte ou récemment accouchée. — Gyn. et Obst., 1923, tome VII, n° 2, p. 130.

Lemaire et Lévy. — Les enseignements de la réaction de B.-W. au point de vue de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. — Paris-Médical, 10 janvier 1925.

Lemierre. — Les néphrites chroniques au cours de la gestation. — Conférence faite à la Clinique Baudelocque, Chahine, 1924.

Lelong et Rivalier. — Syphilis et tuberculose : l'anergie syphilitique. — Soc. de Biologie, 10 février 1923, t. LXXXVIII, p. 327.

Le Lorier et Galliot. — Fonctionnement du Dispensaire antisyphilitique de la Maternité de l'hôpital Boucicaut.

— Grossesse et syphilis. Considérations sur quelques malades traitées au Dispensaire de la Maternité de Boucicaut. — Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., 12 janvier 1925, p. 40.

— Dépistage obstétrical de la crypto-syphilis. — Procès-verbaux des séances de la Conférence de syphilis héréditaire, Paris, 5, 6, 7 octobre 1925, p. 187.

Lévy-Solal. — Traitement préventif de l'hérédo-syphilis. Rapports de la Conférence de syphilis héréditaire, Paris, 5, 7 octobre 1925, p. 191.

— Syphilis de l'œuf, du fœtus et des annexes ovulaires. — Paris-Médical, 16 juin 1923, n° 24, p. 537.

— Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire. — Gyn. et Obst., 1923, t. IV, p. 94.

Manet (de). — De l'excès de volume général du fœtus. — L'Hôpital, 1925, XIII, p. 432.

Manouélian. — Placentas syphilitiques et phagocytose de tréponèmes. — Comm. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 13 décembre 1920.

Menten. — A positive Wassermann reaction which changes to a negative at the termination of pregnancy. — The American Journ. of obstetrics, octobre 1918, p. 514.

Milian. — Hérédo-syphilis de deuxième génération. — Conférence faite à la Clinique Baudelocque, Chahine, 1923.

Moore. — Studies on the influence of pregnancy in syphilis. — Bull. of the Johns Hopkins Hospital, mars 1923, p. 89.

Nobécourt et Bonnet. — Réaction de B.-W. et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation. — Presse Médicale, n° 76, 20 octobre 1920.

— Réaction de Bordet-Wassermann chez les accouchées et chez les enfants. — Bull. de l'Acad. de Médecine, 27 mars 1923, p. 273.

Nathanson. — In Vignes. — L'Année obstétricale, 1927, p. 30.

Noiré. — In Gougerot. « Paradoxes et imperfections de la Réaction de Bordet-Wassermann ». — Journ. des Praticiens, 29 novembre 1924, pp. 788-790.

Pautrier. — Syphilis et grossesse. — Le Monde-Médical, 1-15 mars 1924, p. 153.

Pinard (Marcel), Deguignand et Mouquin. — Des erreurs graves que peut faire commettre au médecin le peu de sensibilité des séro-réactions de la syphilis. — Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 4 novembre 1921.

— Les syphilis que le Wassermann négatif fait méconnaître, nécessité des enquêtes familiales. — Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 31 décembre 1921.

— Présence du « tréponema pallidum » dans le sperme. — Presse Médicale, 2 juin 1920.

— La réaction de Bordet-Wassermann au cours de la gestation, Clinique et Laboratoire, 20 mai 1928, n° 5, p. 91.

Poeck. — Wassermannsche Reaktion und gestationsperiode. Zentralbl. f. gyn., N° 40, 1927, p. 2547.

Poirier. — Wassermann et grossesse. — Bruxelles-Médical, 1er février 1925, N° 14, p. 479.

Polanco (Rodriguez). — L'albuminurie d'origine syphilitique chez la femme enceinte. — Th. Paris, 1928.

Raymond. — Le gros enfant signe d'hérédo-syphilis. — Th. Paris 1929.

Rivière (Marc). — Note préliminaire sur certaines formes d'intoxication gravidique avec une syphilis acquise ou héréditaire. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. 1926, p. 47.

— Quelques observations nouvelles de syphilis coexistant avec une albuminurie dite gravidique. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. de Paris 1927, p. 119.

Routh. — Antenatal Syphilis. — The American Journ. of Obstetrics and Diseases of Women and Children, juillet 1918, p. 151.

Rubinstein. — Séro-diagnostic de la Syphilis. — Presse Méd., 26 nov. 1924, p. 939.

Schwaab. — De la syphilis du placenta. — Th. Paris, 1896.

Schwaab et Jardin. — Malformations fœtales et traitement antisyphilitique. — Procès-verbaux des séances de la Conférence de syphilis héréditaire, 5, 6, 7, oct. 1925, p. 203.

Schumann. — Les rapports de la syphilis avec la gestation. — American Journal of Obstetrics and Gynec., vol VIII, N° 3, sept. 1924.

Thomsen. — In Boas. — Dic Prophylaxe der angeborenen Syphilis.

Tissier et Girauld. — La syphilis héréditaire congénitale et le spirochète pâle de Schaudinn. — Bull. d'Obst. de Paris 1909, p. 127.

Trillat (P.) et J. Rousset. — La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang du cordon ombilical. — Gyn. et Obst., 1928, t. XVII, N° 4, p. 264.

Trinchese. — Ueber den Zeitpunkt der luetische Infektion des Fötus und dessen Klinische Bedeutung. — Beitr. z. Geburtsh. und Gynäk., 1913, XVIII, p. 201.

Vernier. — La part de la syphilis dans les albuminuries de la gestation. Diagnostic et traitement. — Th. Paris, 1927.

Vignes. — La réaction de Wassermann en pratique obstétricale. Les Sciences Médicales, N° 17, janv. 1914.

— Certains cas de stérilité et de mortinatalité. — Presse Médicale, 24 mai 1924, n° 42, p. 460.

Vignes et Jean. — L'année obstétricale, 2e série, 1927, Masson, Paris, p. 129.

Voron, Charleux et Bausillon. — Hydramnios. Anencéphalie. Suites de couches avec manifestations fébriles d'origine vraisemblablement spécifique. — Bull. Soc. d'Obs. et Gyn. de Paris, 1925, p. 170.

Wallich et Levaditi. — Discuss. à la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, séance du 13 décembre 1920.

Williams (Whitridge). — The value of the Wassermann Reaction in Obstetrics, based upon the study of 4547 consecutive cases. — Bull. of the Johns Hopkins Hosp., oct. 1920, p. 335.

— The significance of syphilis in prenatal care and in the causation of fœtal deaths. — Bull. of the Johns Hopkins Hosp., mai 1920, p. 141.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette